



PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE HOCHSCHULE VALLENDAR

Kirchlich und staatlich anerkannte Wissenschaftliche Hochschule in freier Trägerschaft

THEORIE UND PRAXIS

PFLEGERISCHER WERTHORIZONTE

EINE EMPIRISCHE ANALYSE ZUR ÖKONOMISIERUNG DER VOLLSTATIONÄREN LANGZEITPFLEGE

NÄREN LANGZEITPFLEGE

UND DEREN FOLGEN FÜR DIE VERSORGUNGSPRAXIS

Inaugural- Dissertation

Zur Erlangung des Doktorgrades der Pflegewissenschaft

(Dr. rer. Cur.)

an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät

der

Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar

Vorgelegt von:

Elisabeth Schloeder

Erstgutachter: Herr Prof. Dr. Hermann Brandenburg

Zweitgutachterin: Frau Prof. Dr. Ulrike Höhmann

Limbourg (B) im September 2016

*„Ohne Wesenserkenntnis gibt es ferner auch keine Werterkenntnis:
Wenn es aber keine Erkenntnis objektiver Werte gibt, dann sind unser geistiges Leben und die metaphysische Welt
selbst an ihrer tiefsten Wurzel getroffen: Denn die Werte sind das Herz des Seins.“*

(Josef Seifert 1976)

I Dank

Eine sehr schöne und bereichernde Zeit in der Auseinandersetzung mit der vorliegenden Arbeit geht nun zu Ende. Auch wenn die inhaltliche Bearbeitung des Projektes zunächst als abgerundet betrachtet werden kann, sind weiteren Fragen nach den Werthorizonten pflegerischer Handlungspraxis in einer zunehmend von menschlicher Entfremdung bedrohten Gesellschaft keine Grenzen gesetzt. Vor allem dann nicht, wenn es darum geht, das Wesen des Humanen in seiner allumfassenden Bedeutung wieder zu beleuchten und damit an die Tiefe seiner sinngebenden Zusammenhänge und seiner an Sinn gebundenen Ordnung anzuknüpfen.

Der schöpferische und zugleich bereichernde Akt der Vertiefung in die hiermit verbundenen Aspekte ist auch der Anlass, warum ich mich gerne mit einem Wort des Dankes für das Vollenenden meines Forschungsprojektes an alle diejenigen richten möchte, die mich hierin unterstützt und begleitet haben.

Danken möchte ich an dieser Stelle vor allem meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Brandenburg, der mich vom ersten Tag der Idee meines Projektes bis zum Ende mit immer wieder neuen Impulsen und Perspektiven sowohl in den Kolloquien als auch in den Einzelgesprächen stets unterstützend und inspirierend begleitet hat.

Danken möchte ich auch Frau Prof. Dr. Höhmann für ihre außerordentlich hilfreichen Anregungen in der Perspektive des Theorie-Praxis-Transfers, die zum Verlauf der weiteren Entwicklung der Arbeit maßgeblich beigetragen hat.

Auch möchte ich Euch – meinen Kommilitonen, Helen, Bianca, Manfred, Uwe, Stefanie, Bettina und Natalie – an dieser Stelle danken für Eure stete Aufmerksamkeit und die konstruktiven Beiträge, die in der Entwicklung meiner Arbeit immer wieder zur kritischen Reflexion anregten.

Für die großartige Unterstützung in der empirischen Phase meiner Arbeit gilt mein Dank ganz besonders Frau Dr. Ilka Sommer, die mir in jeder Hinsicht durch ihre ausgewiesene Expertise in der Anwendung der dokumentarischen Methode fachlich, menschlich und pädagogisch in

einfühlsamer, kluger und erfahrener Weise zur Validierung des Forschungsprozesses zur Seite stand.

Ganz besonders möchte ich auch den Interviewpartnern danken, ohne deren Zustimmung zur Teilnahme das Forschungsprojekt nie hätte entstehen können. Mit ihnen allen habe ich mich während der empirischen Forschungsphase in vielerlei Hinsicht ganz besonders verbunden gefühlt. Ihre gesprochenen Worte und die anschließend sichtbar gewordenen Zeilen haben mich als Mensch und als erfahrene Kollegin in vielfacher Weise tief berührt.

Ausnahmslos allen Mitarbeitern der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) danke ich an dieser Stelle für ihren stillen Ausdruck der Verbundenheit während meines Promotionsstudiums, mit dem sie mir in so vielen Augenblicken der Begegnung durch ihr Engagement, ihr stetes Bemühen und ihr Vertrauen während meiner Arbeit an der Universität in unterstützender Weise fühlbar wurden.

Beinahe zum Schluss möchte ich mich gerne bei meinem langjährigen Lebensfreund und Begleiter Prof. Dr. Jörg Schmitz-Gielsdorf sowie auch unserem langjährigen, gemeinsamen, leider in der Promotionszeit verstorbenen Freund Jack Buck sowie allen lieben Freunden rund um meinen privaten Lebenskreis der Ambassade du Pays de Rode in Limbourg (Belgien) bedanken, die mich zu jeder Zeit in der Entwicklung meiner Arbeit unterstützt haben, obwohl dies große Einschränkungen in unserer zeitlichen Begegnung mit sich brachte. Eure beständige Anteilnahme und Euer bestärkender Zuspruch haben mir immer wieder Kraft und Auftrieb gegeben. Euch danke ich ganz besonders für Eure Tiefe der Verbundenheit und das damit verbundene Vertrauen in die alles umfassende freundschaftliche Liebe, ohne die ein solches Projekt nicht ungehindert hätte reifen können.

Am Ende aber steht der Beginn meiner Lebensreise! Hier gilt der Dank meiner Familie, in deren Schoß – eingebettet in der Harmonie des wunderschönen Weinorts Neumagen-Dhron im Moseltal – ich das Interesse für das Leben und seinen Wert empfangen habe.

Meinen Eltern
in Dankbarkeit gewidmet

C'est avec profonde gratitude
que je dédie ce mémoire
à mes chers parents

| | | |
|------------|---|------------|
| II | Inhalt | |
| I | Dank | II |
| II | Inhalt..... | V |
| III | Abbildungsverzeichnis | IX |
| IV | Tabellenverzeichnis..... | X |
| V | Abkürzungsverzeichnis | XI |
| VI | Verzeichnis Anlagen: (Anlagen-Band)..... | XII |
| 1 | Einleitung | 13 |
| 1.1 | Begründung und Relevanz des Themas..... | 16 |
| 1.2 | Hintergrund der Untersuchung..... | 18 |
| 1.3 | Intention der Untersuchung..... | 20 |
| 1.4 | Fragestellung und Zielsetzung der Untersuchung..... | 23 |
| 1.5 | Zentrale These der Untersuchung..... | 25 |
| 1.6 | Aufbau und Gang der Untersuchung..... | 25 |
| 2 | Zentrale Konzepte der Untersuchung..... | 28 |
| 2.1 | Zur Theorie und Praxis pflegerischer Werthorizonte..... | 28 |
| 2.1.1 | Begriffliche Einführung und Definition des Wertebegriffes..... | 29 |
| 2.1.1.1 | Allgemeine Gesichtspunkte..... | 30 |
| 2.1.1.2 | Zur Entstehung der Werte | 31 |
| 2.1.2 | Zur Funktion der Werte | 36 |
| 2.1.2.1 | Die Bedeutung der Werte in ihrer orientierungsgebenden Funktion..... | 36 |
| 2.1.2.2 | Werthaltungen, Motivation und Handeln | 41 |
| 2.1.2.3 | Die Bedeutung von Werten für die Handlungspraxis..... | 46 |
| 2.1.3 | Theoretische Aspekte pflegerischer Werthorizonte | 50 |
| 2.1.3.1 | Berufsethische Implikationen und Werthaltungen..... | 50 |
| 2.1.3.2 | Werthaltung zur Grundlegung des Berufsethos..... | 53 |
| 2.1.3.3 | Pflegeethos und berufsethische Standpunkte..... | 55 |
| 2.1.3.4 | Menschenwürde als Fluchtpunkt pflegerischer Werthorizonte..... | 60 |
| 2.2 | Zur Situation der vollstationären Langzeitpflege in Deutschland | 70 |
| 2.2.1 | Entwicklung und Institutionalisierung der vollstationären Langzeitpflege | 71 |
| 2.2.2 | Stationäre Langzeitpflege unter dem Einfluss der Sozialgesetzgebung..... | 73 |
| 2.2.3 | Stationäre Langzeitpflege als soziologisches Handlungsfeld..... | 80 |
| 2.3 | Ökonomisierung der Pflege..... | 87 |
| 2.3.1 | Ökonomisierung, Einführung in einen begrifflichen Diskurs | 88 |
| 2.3.2 | Analyse der Ökonomisierung des Sozialen..... | 92 |
| 2.3.3 | Zur Ökonomisierung des Pflegerischen..... | 97 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 2.3.4 | Konsequenzen der Ökonomisierung für die Praxis der vollstationären Pflegeeinrichtungen | 103 |
| 2.3.5 | Stationäre Altenpflege im Spannungsfeld ethischer und ökonomischer Konfliktfelder | 106 |
| 2.4 | Ökonomisierung und das Feldkonzept Pierre Bourdieus | 116 |
| 2.4.1 | Zur Grundlogik der Feldtheorie Bourdieus | 116 |
| 3.3.2 | Zur Verdrängung des Ökonomischen | 120 |
| 2.4.3 | Zu den Ökonomisierungsgraden | 123 |
| 2.4.4 | Hinführung zur forschungsleitenden Fragestellung | 128 |
| 3 | Methodologie und methodisches Vorgehen | 133 |
| 3.1 | Forschungsdesign und Begründung des methodischen Vorgehens | 133 |
| 3.2 | Zur Methodologie der dokumentarischen Methode | 136 |
| 3.2.1 | Grundlagen der dokumentarischen Methode | 137 |
| 3.2.1.1 | Zur Rekonstruktion von Alltagswissen | 139 |
| 3.2.1.2 | Methodischer Zugang zum impliziten, atheoretischen und handlungsleitenden Erfahrungswissen | 141 |
| 3.2.1.3 | Komparative Sequenzanalyse und empirischer Vergleich | 143 |
| 3.2.2 | Methodik der dokumentarischen Interpretation von Interviews | 144 |
| 3.2.2.1 | Die formulierende Interpretation von Interviews | 145 |
| 3.2.2.2 | Die reflektierende Interpretation von Interviews | 149 |
| 3.2.2.3 | Typenbildung und Generalisierung empirischer Interpretationen | 158 |
| 3.3 | Methodisches Vorgehen der Untersuchung | 162 |
| 3.3.1 | Das Interviewverfahren in der qualitativen Sozialforschung | 164 |
| 3.3.2 | Das leitfadengestützte Interview | 165 |
| 3.3.3 | Das problemzentrierte Interview nach Witzel | 167 |
| 4 | Darstellung des Forschungsprozesses | 175 |
| 4.1 | Reformulierung der wissenschaftlichen Fragestellung | 175 |
| 4.2 | Das Sample der Untersuchung | 176 |
| 4.2.1 | Untersuchungsfeld und Auswahl der Interviewpartner | 178 |
| 4.2.2 | Forschungsethische Aspekte | 180 |
| 4.3 | Entwicklung und Strukturierung des Interviewleitfadens | 183 |
| 4.4 | Transkriptionsverfahren und Anonymisierung der Transkripte | 195 |
| 4.4 | Praxis der Auswertung | 198 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 5 | Rekonstruktion des Ökonomischen in der Versorgungspraxis der vollstationären Langzeitpflege | 204 |
| 5.1 | Ökonomische Rahmenbedingungen und deren Konsequenzen für die ökonomische Handlungsperspektive | 206 |
| 5.1.1 | Wirtschaftliche Anforderungen, Grade der Ökonomisierung und Grade der Belastung der Akteure | 207 |
| 5.1.2 | Ökonomische Zielvorgaben, Umsetzungsstrategien und Instrumente | 210 |
| 5.1.3 | Grenzen der ökonomischen Rationalisierung | 210 |
| 5.2 | Ökonomisch bedingte Veränderungen und handlungsleitende Orientierungen der Akteure in der Versorgungspraxis | 220 |
| 5.2.1 | Paradigmenwechsel in der stationären Langzeitpflege und die Konsequenzen für die ökonomische Steuerungspraxis | 221 |
| 5.2.1.1 | Verkürzung der Verweildauer und Anstieg der Kurzzeitpflege | 221 |
| 5.2.1.2 | Veränderungen der Krankheitsbilder und der Bewohnerstruktur | 225 |
| 5.2.1.3 | Veränderungen der Angebotsstruktur und Veränderung der Kundensouveränität | 229 |
| 5.2.2 | Gestaltungspraxis pflegerischer Versorgung im Wandel der Ökonomisierung | 236 |
| 5.2.2.1 | Zeitdruck und Arbeitsverdichtung | 236 |
| 5.2.2.2 | Bürokratieaufwand und eingeschränktes Vertrauen in die Handlungskompetenz | 241 |
| 5.2.2.3 | Qualität der pflegerischen Versorgung | 245 |
| 5.2.2.4 | Bewältigung der aktuellen Versorgungspraxis | 250 |
| 5.3 | Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Wahrnehmung der Folgen der Ökonomisierung, eine erste Bilanz | 258 |
| 5.3.1 | Entwicklung der Typologie in Anlehnung an die Ökonomisierung | 260 |
| 5.3.1.1 | Professionalität und Eigenverantwortung | 262 |
| 5.3.1.2 | Reflektierte Verantwortungsbereitschaft | 263 |
| 5.3.1.3 | Normativität und Anpassung | 264 |
| 5.3.2 | Entwicklung der Typologie durch Ablehnung der Ökonomisierung | 264 |
| 5.3.2.1 | Verneinung und Machtlosigkeit | 266 |
| 5.3.2.2 | Widerstand und Ohnmacht | 267 |
| 5.4 | Ökonomisch bedingte Veränderungen und wertorientierte Perspektive der Akteure in der Versorgungspraxis | 269 |
| 5.4.1 | Die Rolle der Pflegenden im Spiegel der Ökonomisierung | 269 |
| 5.4.1.1 | Berufsverständnis im Wandel zwischen beruflicher Auf- und Abwertung | 270 |
| 5.4.1.2 | Berufsverständnis im Wandel zwischen Tradition und Generation | 275 |
| 5.4.1.3 | Gemeinsamkeiten und Unterschiede, zusammenfassende Darstellung | 282 |
| 5.4.2 | Das Ethos der Akteure im Spiegel der Ökonomisierung | 289 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 5.4.2.1 | Verantwortung | 289 |
| 5.4.2.2 | Autonomieverlust | 292 |
| 5.4.2.3 | Entfremdung | 296 |
| 5.4.3 | Die Wertsphäre im Spiegel der Ökonomisierung | 301 |
| 5.4.3.1 | Wertvorstellungen | 301 |
| 5.4.3.2 | Wertschätzung | 304 |
| 5.4.3.3 | Vertrauen und Verbundenheit | 307 |
| 5.5 | Normativer Stellenwert der pflegerischen Handlungspraxis im Spiegel der Ökonomisierung | 313 |
| 5.3.1 | Unterstützungsangebote durch die Einrichtungen | 314 |
| 5.5.2 | Werthaltung, Führungsverständnis und Kulturgestaltung | 317 |
| 5.5.3 | Wertwahrnehmung, Wertbildung und Klima des Miteinanders | 320 |
| 6 | Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse | 325 |
| 6.1 | Ökonomischer Strukturwandel und die Relevanz der ökonomischen Rationalität | 325 |
| 6.2 | Feldtheoretische Annahmen und empirische Relevanz der Entwicklung des Feldes | 330 |
| 6.2.1 | Heterogenität der handlungsleitenden Orientierungen im Spiegel der Ökonomisierung | 331 |
| 6.2.2 | Heterogenität der handlungsleitenden Orientierungen aus der Perspektive der Wertsphäre | 335 |
| 6.2.3 | Typologien, Implikationen für die Versorgungspraxis | 342 |
| 6.3 | Innovationsperspektive für die pflegerische Versorgungspraxis | 347 |
| 7 | Rückblick und Ausblick | 350 |
| 8 | Literaturverzeichnis | 364 |

III Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Abbildung 1: Rangordnung der Komponenten des sozialen Handelns..... | 49 |
| Abbildung 2: Pflegebedürftige 2013 nach Versorgungsart..... | 78 |
| Abbildung 3: Pflegebedürftige in Deutschland von 2005 bis 2030 (Status-quo-Szenario)..... | 79 |
| Abbildung 4: Entwicklung der sinngenetischen Typenbildung: ökonomische Perspektive..... | 268 |
| Abbildung 5: Entwicklung der sinngenetischen Typenbildung: wertorientierte Perspektive.. | 288 |

IV Tabellenverzeichnis

| | | |
|-------------------|---|-----|
| Tabelle 1: | Die fünf Grade der Ökonomisierung nach Schimank/Volkmann (2008)..... | 125 |
| Tabelle 2: | Stufen der dokumentarischen Interpretation | 145 |
| Tabelle 3: | Darstellung des Samples der Untersuchung..... | 179 |
| Tabelle 4: | Darstellung des Samples der Untersuchung unter den verwendeten Synonymen..... | 197 |
| Tabelle 5: | Zusammenfassende Darstellung der Typen in ihren handlungsleitenden Orientierungen 1..... | 341 |
| Tabelle 6: | Zusammenfassende Darstellung der Typen in ihren handlungsleitenden Orientierungen 2..... | 342 |

V Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------|---|
| BGB | Bürgerliches Gesetzbuch |
| BSC | Balanced Scorecard |
| BSHG | Bundessozialhilfegesetz |
| DIP (dip) | Deutsches Institut für Pflegeforschung |
| DGP | Deutsche Gesellschaft für Pflegeforschung |
| FPO | For-Profit-Organisation |
| GG | Grundgesetz |
| MA | Mitarbeiter |
| MDS | Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen |
| MDK | Medizinischer Dienst der Krankenversicherung |
| MSP | Maligne bösartige Sozialpsychologie |
| NPO | Nonprofit-Organisation |
| PKV | Verband der privaten Krankenversicherung e.V. |
| PflBRefG | Pflegeberufereformgesetz |
| PQsG | Pflegequalitätssicherungsgesetz |
| SFZ | Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum |
| SGB XI | Elftes Sozialgesetzbuch |
| SGB XII | Zwölftes Sozialgesetzbuch |
| SVR | Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen |
| UNO | United Nations |
| VK | Vollzeitkräfte |

VI Verzeichnis Anlagen: (Anlagen-Band)

- Anlage 1:** Anfrage zur Teilnahme an einer Erhebungsstudie
- Anlage 2:** Information für die Studienteilnehmer/Interviewpartner
- Anlage 3:** Einverständnis- und Datenschutzerklärung/Interviewpartner
- Anlage 4:** Vereinbarung über die Datenerhebung
- Anlage 5:** Hinweise zur einfachen Schreibweise der Transkription
- Anlage 6:** Einfaches Transkriptionssystem
- Anlage 7:** Interviewleitfaden
- Anlage 8:** Transkription_01_Frau Sauer (PDL)
- Anlage 9:** Transkription_02_Frau Lutz (PD)
- Anlage 10:** Transkription_03_Herr Kautz (PDL)
- Anlage 11:** Transkription_04_Frau Bachmann (SPDL)
- Anlage 12:** Transkription_05_Frau Radec (SPDL)
- Anlage 13:** Transkription_06_Frau Petz (PDL)
- Anlage 14:** Transkription_07_Herr Fuchs (PD)
- Anlage 15:** Transkription_08_Frau Käfer (PDL)
- Anlage 16:** Transkription_09_Frau Mücke (PDL)
- Anlage 17:** Formulierende Interpretation_01_Frau Sauer (PDL)
- Anlage 18:** Formulierende Interpretation_03_Herr Kautz (PDL)
- Anlage 19:** Formulierende Interpretation_06_Frau Petz (PDL)
- Anlage 20:** Formulierende Interpretation_08_Frau Käfer (SPDL)
- Anlage 21:** Formulierende Interpretation_09_Frau Mücke (PDL)
- Anlage 22:** Textsortentrennung und reflektierende Interpretation_01_Frau Sauer (PDL)
- Anlage 23:** Textsortentrennung und reflektierende Interpretation_02_Frau Lutz (PD)
- Anlage 24:** Textsortentrennung und reflektierende Interpretation_03_Herr Kautz (PDL)
- Anlage 25:** Textsortentrennung und reflektierende Interpretation_04_Frau Bachmann (SPDL)
- Anlage 26:** Textsortentrennung und reflektierende Interpretation_05_Frau Radec (SPDL)
- Anlage 27:** Textsortentrennung und reflektierende Interpretation_06_Frau Petz (PDL)
- Anlage 28:** Textsortentrennung und reflektierende Interpretation_07_Herr Fuchs (PD)
- Anlage 29:** Textsortentrennung und reflektierende Interpretation_08_Frau Käfer (SPDL)
- Anlage 30:** Textsortentrennung und reflektierende Interpretation_09_Frau Mücke (PDL)
- Anlage 31:** Erklärung über das selbstständige Verfassen der Dissertation

1 Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem steht zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung vor großen Herausforderungen, da sich in Bezug auf den fortschreitenden Prozess der Ökonomisierung auf Makro-, Meso- und Mikroebene auch im Gesundheitswesen erhebliche Veränderungen abzeichnen, die durch eine zunehmende marktwirtschaftliche Steuerung geprägt sind. Auch die Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege sind von diesen Veränderungen betroffen, denn das Leistungs- und Finanzierungsprinzip der Pflegeversicherung wird von einer wohlfahrtsstaatlichen Wende begleitet. Folgte die Verteilung der Güter und Dienstleistungen bis zur Einführung der Pflegeversicherung staatlichen Regulierungen, unter denen sie garantiert waren, werden diese in zunehmendem Maße an die Kriterien der Logik der Marktwirtschaft angepasst, die sich in einer Limitierung öffentlicher Finanzierung im Bereich der pflegerischen Versorgung zeigt (vgl. Bode, I. et al. 2015; Slotala, L. 2011, S. 12; Simon, M. 2009).

Indes wird der Begriff der „Ökonomisierung“ im Gesundheitswesen in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen unterschiedlich interpretiert. Die Deutung reicht von der Auffassung einer materiellen und ethischen Notwendigkeit zu einem geplanten, rationalen, wirtschaftlich effizienten Ressourceneinsatz angesichts knapper Ressourcen (SVR 2007) über die Perspektive der Gesundheitsökonomie, welche die Akteure durch eine plan- und kalkulierbare marktwirtschaftliche Steuerung zu einem sparsamen Umgang mit den gegebenen Ressourcen anhält (vgl. Wasem, J., Buchner, F. 2003), bis hin zu einem kalkulierten Gewinnstreben, das die Funktionsprinzipien des Gesundheitswesens bereit ist zu gefährden (vgl. Bode, I. et al. 2015; Slotala, L. 2011; Kühn, H. 2003, 2004, 2005; Gerlinger, Th. 2004).

Im Versorgungsbereich der vollstationären Pflege wurden und werden seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 Diskussionen im Bereich der Pflegequalitätssicherung geführt, die hinreichende politische Maßnahmen nach sich gezogen haben, um eine Verbesserung der Pflegequalität zu erzielen. Qualitätsmanagementsysteme, die parallel zur Ökonomisierung eingeführt worden sind, zielen häufig auf eine Funktionalisierung von Pflegeprozessen, sodass das Proprium der Pflege, das eine individuelle und anteilnehmende Beziehungsgestaltung durch die Pflegenden¹ fokussiert, zu erodieren droht. Ethisch orientierte Werte in der Pflege, die ein sinngebendes, das Wesentliche der Pflege begründetes Handeln implizieren, drohen hierdurch in den Hintergrund zu geraten. Gleichzeitig werden jedoch zur Bewältigung des Pflegealltags hohe An-

¹ Mit dem Begriff Pflegenden sind in dieser Arbeit sowohl weibliche als auch männliche Pflegekräfte ex aequo angesprochen. Die hier gewählte Ausdrucksform dient ausschließlich einem besseren Lesefluss.

forderungen an die fachlichen, organisatorischen und sozialen Fähigkeiten der Pflegenden und des Managements gestellt, damit diese den viel- und wechselseitigen Anforderungen der Organisations-, Pflege- und Beziehungsarbeit in den Einrichtungen durch ihr professionelles Handeln gerecht werden. Im Rahmen der gesundheitspolitischen Entwicklungen der letzten Jahre wird es für Pflegenden immer schwieriger, die individuelle Pflege in achtsamer, wertschätzender und aufmerksamer Weise zu gestalten, da der Druck zu notwendigem wirtschaftlichem Handeln in den Einrichtungen mehr und mehr in den Vordergrund gerät.

Die Vernachlässigung ethisch fundierter Haltungen in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege hat indes weitreichende Bedeutung für die Organisations- und Pflegekultur der Einrichtungen. Die Bedeutung menschlicher Angewiesenheit auf eine fürsorgliche Praxis der Pflege sowie der Bedarf einer ganzheitlichen Interaktion als wesentliches Element organisationsethischer und pflegeethischer Handlungen droht unter dem Primat einer einseitigen ökonomischen Rationalität zurückzuweichen.

Diskussionen im Rahmen der Versorgungsforschung führen zu der Vermutung, dass sich der Transformationsprozess wohlfahrtsstaatlicher Versorgungsprinzipien seit den 1990er-Jahren stets weiterentwickelt hat und die Verstärkung der Marktlogik einen immer stärkeren Effekt auf den Versorgungszugang ausübt. Diese Entwicklung impliziert die These, dass die Bedingungen und Beschränkungen der angebotenen Gesundheitsleistungen die Versorgungsbereiche und das Handeln der professionell Agierenden beeinflussen. Sie werden aus der Perspektive der Sozialen Arbeit „äußert kritisch“ betrachtet, da eine mehrheitliche Einschätzung darüber besteht, dass unter den verschärften marktwirtschaftlichen Kriterien der Effizienz und der Wettbewerbsbedingungen eine sozialstaatliche Politik, die sich grundlegend am Menschen und seinen sozialen Problemstellungen orientiert, zurückgedrängt wird (vgl. Cremer, G. et al. 2013, S. 37). Auch in Wissenschaft und Forschung sind Fragen nach den Konsequenzen wettbewerblicher Regulierungen im Gesundheitswesen deutlich umstritten. Hierzu belegen zahlreiche Studien die negativen Folgen für die Patienten in ihrem Erleben von Krankheit sowie für die Arbeitsorganisation der Pflegenden und Ärzte im stationären wie ambulanten Bereich (vgl. Manzei, A., Schmiede, R. 2014, S. 12).

Ergebnisse unterschiedlicher Untersuchungen, Diskussionen und Interpretationsansätze im Rahmen der Qualitätsdebatte der vollstationären Langzeitpflege legen nahe, dass durch den Prozess der Ökonomisierung in der Pflege die grundlegend notwendige Verbindung zwischen den Fachdisziplinen Pflege, Ökonomie und Ethik verloren zu gehen droht (BMFSFJ 2006; MDS

2012; Roth, G. 2007; Käppeli, S. 2006; Manzeschke, A. 2007; Friesacher, H. 2008). Gleichzeitig gewinnt die Auseinandersetzung mit der Ökonomisierung für die gesundheits- und sozialwissenschaftliche Forschung zunehmend an Bedeutung, da auch das Feld der gesundheitlichen Versorgung sich mit der Notwendigkeit einer ethisch vertretbaren Mittelverwendung in der Handlungspraxis auseinandersetzen muss. Hier zeichnen sich erste Konfliktlinien ab, indem die Akteure der Organisationen im Gesundheitswesen wie Management, Ärzte und Pflegende der Gesundheitseinrichtungen dazu aufgefordert sind, eine bedarfsgerechte Versorgung unter verstärkten betriebswirtschaftlichen Aspekten sicherzustellen und diese gleichzeitig unter professionellen Gesichtspunkten zu organisieren, zu gestalten und als differenzierte Dienstleistung umzusetzen (vgl. Slotala, L. 2011, S. 13).

Da bislang keine empirischen Untersuchungen vorliegen, die sich mit den Wirkungen und den Konsequenzen der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen auf die handlungsleitenden Orientierungen der Akteure im Feld der vollstationären Langzeitpflege befassen, nimmt die vorliegende Studie dieses Desiderat im Interesse der gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Forschung auf. Hierbei stehen vor allem Fragen im Vordergrund, die sich damit befassen, inwiefern Implikationen einer marktorientierten Steuerungslogik die Versorgungsstrukturen, das Versorgungshandeln sowie das Ethos der Akteure beeinflussen und welche Herausforderungen sich für die Mitarbeitenden in Management und Pflege in den Einrichtungen hieraus ergeben.

Aufbauend auf der Studie zur Ökonomisierung der ambulanten Pflege und deren Folgen für die Versorgungspraxis durch Slotala im Jahre 2011 thematisiert die vorliegende Arbeit die Fragen, ob und wie die betriebswirtschaftliche Logik in der alltäglichen praktischen Versorgung der vollstationären Langzeitpflege anhand der Ökonomisierungsgrade nach Schimank/Volkman (2008) konkret sichtbar wird. Die Untersuchung befasst sich ferner mit der Frage, wie sich die Logik des Marktes, verbunden mit den impliziten Ansprüchen und Forderungen an das traditionelle Berufsverständnis, auf die Werthaltungen und das Ethos der Pflegenden und des Managements auswirkt. Darüber hinaus soll eruiert werden, welche konkreten Konsequenzen sich für die Akteure in ihren alltäglichen Versorgungsentscheidungen ergeben. Die Untersuchung greift mit diesen Fragestellungen ein Forschungsdesiderat auf, das die Folgen sowie das Ausmaß der Ökonomisierung gleichermaßen auf die pflegerische Handlungsebene in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege beleuchtet. Die Studie bemüht sich insofern um einen Erkenntnisgewinn über den Einfluss der Finanzierungsbedingungen durch die Pflegeversicherung und deren Folgen für die Qualität professioneller pflegerischer Versorgung.

1.1 Begründung und Relevanz des Themas

Durch die Fortschritte in den Bereichen Medizin und Technik steigt die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen besonders in den Industrieländern deutlich an, während bei gleichzeitigem Geburtenrückgang eine immer stärkere Abnahme der Gesamtbevölkerung zu erwarten ist. Die Bevölkerungsstruktur in Deutschland und anderen westeuropäischen Ländern sowie in den USA zeigte in den letzten Jahrzehnten eine ausgeprägte Entwicklung. Nach Aussagen des statistischen Bundesamtes nimmt die Bevölkerungszahl nicht nur weiter ab, sondern die Anzahl der älteren und hochaltrigen Menschen in Deutschland wird mit steigender Lebenserwartung zunehmen. Bevölkerungsvorausberechnungen nehmen an, dass sich die Bevölkerungszahl und der Altersaufbau unter Annahme der Entwicklung wesentlicher demografischer Einflussfaktoren – Geburtenhäufigkeit, Sterblichkeit und Wanderungen – verändern (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2010). Die hiermit zusammenhängenden Prognosen über die Inanspruchnahme professioneller oder privater Pflege liegen nach einer für die Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ erstellten Modellrechnung bereits vor. Lag die Zahl der in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege zu versorgenden Pflegebedürftigen im Jahre 2003 noch bei 640 000 Bewohnern, so wird die Zahl nach derzeitiger Einschätzung hochgerechnet im Jahr 2050 auf 1,2 Millionen bis 1,4 Millionen anwachsen (vgl. BMFSFJ 2006). Die Veränderungen der demografischen Rahmenbedingungen ziehen nicht nur erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitsmärkte und die Sozialstruktur nach sich, sondern stellen auch eine Herausforderung an das Gesundheitswesen dar, das mit der wachsenden Zunahme der Gesundheitskosten konfrontiert ist (vgl. Lauterbach, K. et al. 2006). Durch die Verlängerung der Lebensdauer ist gleichzeitig vor allem in der letzten Lebensphase mit einer altersspezifischen Multimorbidität zu rechnen, die spezifisch fachliche Anforderungen an eine professionelle Pflege bedingt (vgl. BMFSFJ 2002). Diese Entwicklungen setzen eine verstärkte Auseinandersetzung mit der Konzeption und Umsetzung angemessener sowie auf Effektivität und Effizienz ausgerichteter Pflegekonzepte für die stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland voraus, will man sowohl den Pflegebedürftigen eine gute Pflege zukommen lassen als auch der Allokation hierzu notwendiger Ressourcen gerecht werden (SVR 2007). Indes finden die Leistungen der Versorgungsarbeit zunehmend unter einem betriebswirtschaftlich ausgerichteten Paradigma in den Versorgungseinrichtungen statt (vgl. Bode, I. et al. 2015, S. 113).

Die hiermit verbundenen Aufgaben begründen nicht nur hohe Anforderungen an die Pflegenden, sondern auch an das Management und die Unternehmensleitungen der Pflegeeinrichtungen – insbesondere da sie die Verantwortung tragen, die Unternehmensprozesse in ihrer Ent-

wicklung so zu steuern, dass ungeachtet der zunehmenden Durchsetzung der Logik der Erwerbswirtschaft der Gestaltung und Umsetzung einer Ethik-orientierten Pflegekultur eine entsprechende Aufmerksamkeit zukommt.

Mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes als fünfter Säule des Sozialen Sicherungssystems (SGB XI) in der stationären Altenhilfe im Jahre 1996, welches der Absicherung des Pflegefallrisikos dient, hat sich der Druck zu dem notwendigen wirtschaftlichen Handeln in den Einrichtungen der vollstationären Pflege verstärkt – speziell da die Kosten,- Qualitäts- und Zeitfaktoren sämtlicher Handlungsfelder innerhalb der Pflegeeinrichtungen stärker unter betriebs- und marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet werden müssen (vgl. Poser, M., Schlüter, W. 2001). Die Ökonomisierung des Gesundheitssystems führt dazu, dass Einrichtungen des Gesundheitswesens als Wirtschaftsunternehmen anzusehen sind, in denen die Leistungserstellung stets eher unter Wirtschaftlichkeitserwägungen erfolgt und der Mitteleinsatz zur Zielerreichung nach wirtschaftlichen Effizienzkriterien betrachtet wird (vgl. Friesacher, H. 2008, S. 119). Der hiermit verbundene, wachsende Anspruch an die Qualität der Pflegeleistungen und deren Weiterentwicklung erweist sich für die Einrichtungen zunehmend als Wettbewerbsfaktor, da sich die Pflegebedürftigen aus der Vielzahl unterschiedlicher Pflege- und Betreuungsangebote die für sie angemessenen aussuchen können. Im Rahmen dieser Entwicklung wurden mit der Einführung und Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes in der Führung stationärer Pflegeeinrichtungen immer mehr Aspekte „erfolgreicher Handlungsansätze“ aus der Wirtschaft herangezogen, um den Ansprüchen der zu betreuenden Zielgruppe unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten angemessen begegnen zu können. Diese Entwicklung resultiert darin, dass in den Einrichtungen seit Jahren immer weniger Pflegende in stets kürzerer Zeit meist schwerstpflegebedürftige, multimorbide Bewohner pflegen und betreuen. Die Pflege dieser hoch vulnerablen Gruppe von Betroffenen zeichnet sich besonders dadurch aus, dass sie in unterschiedlichen Aspekten geistig, seelisch und körperlich bedingter alters- und gesundheitsabhängiger Einschränkungen auf die Unterstützung und Zuwendung der Pflegenden angewiesen und daher gegenüber dem Begriff der „Würde“ besonders empfindsam sind. Diese Verletzbarkeit impliziert vor allem die Aufmerksamkeit sowie die Fürsorge der Pflegenden und fordert die Einrichtungen dazu auf, hierzu geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen, damit sich die Pflegebedürftigen entsprechend ihren Einschränkungen in ihrer Würde unterstützt fühlen dürfen.

Die Frage, wie es den Einrichtungen der stationären Pflege gelingen soll, ihre Pflege- und Betreuungsleistungen trotz der gesundheitspolitischen Vorgaben auf hohem Niveau erbringen zu können, fordert vor allem das Management der Einrichtungen auf, als Verantwortliche die Ein-

richtungen zu wirtschaftlich stabilen, erfolgreichen Organisationen umzuwandeln und daher teilweise restriktive Maßnahmen zur Einsparung umsetzen müssen.

Aus gesundheits- und sozialwissenschaftlicher Sicht impliziert der Prozess der Ökonomisierung mögliche Konfliktpotenziale und Spannungsfelder zwischen ethischen und ökonomischen Fragestellungen sowohl auf Makro-, Meso- und Mikroebene der Versorgung. Die Konfliktlinien reichen von der Frage nach der gerechten Gewährleistung einer bedarfsgerechten und einer an dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse orientierten Gesundheitsversorgung der Individuen bis hin zu den alltäglichen Entscheidungen in der Durchführung und Umsetzung gesundheitsbezogener Dienstleistung auf der unmittelbaren Akteursebene.

Professionell Agierende in Medizin und Pflege sind daran gebunden, ihre Aufgaben im Sinne des Bedarfsprinzips zum Wohle des kranken- und pflegebedürftigen Menschen zu erfüllen, während gleichzeitig die Versorgungsarbeit unter einem zunehmend betriebswirtschaftlich ausgerichteten Paradigma in den Versorgungseinrichtungen erfolgt. Die jeweiligen Dynamiken zur Anpassung an die marktwirtschaftlichen Bedingungen werden daher auf der Organisationsebene vielfach von konfligierenden Interessen, Widerständen und Unruhen in den Teilbereichen begleitet, sodass sich die Verantwortlichen für das Management der Organisationen großen Herausforderungen gegenüber sehen, um den Konfliktfeldern zwischen ethischen und ökonomischen Anforderungen angemessen zu begegnen (vgl. Slotala, L. 2011, S. 13 ff.).

1.2 Hintergrund der Untersuchung

Im Versorgungsbereich der vollstationären Pflege wurden und werden seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 Diskussionen im Bereich der Pflegequalitätssicherung geführt, die hinreichende politische Maßnahmen nach sich gezogen haben, um eine Verbesserung der Pflegequalität zu erzielen. Mit der Einführung des Pflegequalitätssicherungsgesetzes (PQsG) im Jahre 2002 hat der Gesetzgeber zur Sicherung der Weiterentwicklung der Pflegequalität sowie zur Stärkung der Verbraucherrechte die stationären Einrichtungen dazu verpflichtet, ein umfassendes internes Qualitätsmanagementsystem zu implementieren (SGB XI). Qualitätsmängel in der Pflege sind indes in allen Bereichen der vollstationären Langzeitpflege zu finden und zeigen sich in verschiedenen Schweregraden. Insbesondere sorgen Einzelfälle schwerer Pflegemissstände und Gewalt in der Pflege in der Öffentlichkeit immer wieder für Aufsehen, sodass mit zunehmender Medienkritik das Vertrauen der Bevölkerung in die Pflegeeinrichtungen schwindet. Die vielfältigen Pflegeleistungen werden teilweise mit erheblichen Versorgungsmängeln erbracht (vgl. MDS 2005, 2007, 2012). Die Ursachen der Qualitätsmängel sind vielseitig und vor allem auf Ressour-

cenknappheit, Überlastung und Qualitätsdefizite zurückzuführen (vgl. Roth, G. 2007). Roth spricht in diesem Zusammenhang von einem “Dilemma der Altenpflege“, dass bei steigendem Pflegebedarf und gleichzeitigem Verfall des ökonomischen, kulturellen und sozialen Kapitals vieler Pflegebedürftiger die Qualität der Pflege abnimmt und insgesamt eine wenig systematische, mit Überversorgung, Infantilisierung und Paternalismus oder gar Gewalt einhergehende mangelhafte Pflege vorherrscht. Das heteronome Feld der Altenpflege, so Roth, sei im Spannungsfeld von Lebenswelt, Familie und Medizin stark durch unterschiedlich bedingte soziale Ungleichheiten, verkannte Machtstrukturen und Konflikte geprägt, die mit einem disparaten, bisher wenig reflektierten Habitus der Pflegenden einhergehen (vgl. Roth, G. 2007). Ferner offenbart sich, dass Organisationsstrukturen- und Abläufe, die sich vorrangig am Primat der Ökonomie orientieren, dazu führen, dass bedeutsame Bedürfnisse der zu Pflegenden unberücksichtigt bleiben und damit verbunden ihre Selbstbestimmung vielfach untergraben wird. Hierdurch wird verhindert, dass Pflege- und Betreuungspersonen empathisch auf die pflegebedürftigen Bewohner eingehen und sie dazu neigen, Würdeverletzungen zu übersehen (vgl. Pfabigan, D. 2011).

Der Mangel an Pflegekräften sowie eine Abnahme des Interesses an den Pflegeberufen junger Erwachsener tragen erheblich zum Entwicklungsbedarf der Pflegequalität bei. Die europäische NEXT-Studie aus dem Jahre 2005, ein europäisches Forschungsprojekt zum vorzeitigen Ausstieg der Pflegekräfte aus dem Pflegeberuf, identifiziert in diesem Zusammenhang fehlende Voraussetzungen in deutschen Pflegeeinrichtungen, die Hinweise auf eine mangelnde Wertekultur geben. Wie der Studie zu entnehmen ist, besteht ein großes Interesse der Pflegekräfte, in ihrem Pflegeberuf weiter tätig bleiben zu wollen, wenn die Institutionen des Gesundheitsdienstes ihnen Unterstützung zur Verbesserung der Ausfüllung der täglichen Berufspraxis anbieten würden. Die Ergebnisse der Studie belegen eindeutige Zusammenhänge von Arbeitsbedingungen bzw. gesundheitlicher Endpunkte, die durch individuelle Ressourcen, Anforderungen am Arbeitsplatz, soziale Aspekte und Arbeitsorganisation beeinflusst werden (vgl. Hasselhorn H. M. et al. 2005). Die Tatsache, dass es den Studienergebnissen zufolge in Deutschland „attraktive“ und „unattraktive“ Einrichtungen der Pflege gibt, ermöglicht somit eine offene Diskussion über eine Einflussnahme auf die Endpunkte und die damit verbundenen Voraussetzungen gezielter Maßnahmen, um wirksame Veränderungen einzuleiten. Auch im internationalen Kontext weisen Studienergebnisse einen deutlichen Zuwachs von Identifikationskonflikten nach, die sich durch eine erlebte Dissonanz des betreuenden Personals abzeichnen. Hier führen innere Konflikte zwischen den ethischen Anforderungen „guter Pflege“ und einer zunehmenden Orientierung des Handelns an den Sachzwängen ökonomischer Logiken zu Einbußen der Motivation und Zufriedenheit am

Arbeitsplatz. Eine Studie zur beruflichen Sozialisation von Pflegenden in der psychiatrischen Pflege aus dem Jahre 2011 in England untersuchte den Einfluss von Werten in ihrer Wirkung auf die Pflegepraxis der Pflegenden. Ergebnisse dieser Studie zeigen eindeutig, dass Pflegende in einen inneren Konflikt geraten, wenn sie ihre Werte durch organisatorische Sachzwänge in der Pflegepraxis nicht zum Ausdruck bringen können. Geringe Zufriedenheit am Arbeitsplatz und eine hohe Fluktuation sind die Folgen (vgl. Stacy, G. et al. 2011).

Vor dem Hintergrund dieser und weiterer Befunde sollen Einfluss und Konsequenzen der Ökonomisierung auf die Beschäftigten und die zu Pflegenden in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege in der vorliegenden empirischen Untersuchung näher betrachtet und analysiert werden.

1.3 Intention der Untersuchung

In der Diskussion um Pflegequalität wurden bereits im Jahre 2000 durch die Bundeskonferenz ausgewählte Aspekte zur Definition eines Qualitätsniveaus in der Pflege herangezogen, die im Wesentlichen den Begriff der Menschenwürde voraussetzt (vgl. BMFSFJ 2006). Der Aspekt der Menschenwürde gewinnt in der stationären Langzeitpflege insofern speziell an Bedeutung, da die Beziehungsgestaltung zwischen den Pflegebedürftigen und beruflich Pflegenden durch eine strukturelle Asymmetrie gekennzeichnet ist (vgl. Lanius, F. 2010). Diese ist dadurch bedingt, dass die zu Pflegenden aufgrund ihrer körperlichen und psychischen Erkrankung in ihrer Selbstständigkeit und Selbstverantwortung eingeschränkt sind und eine mehr oder weniger starke Angewiesenheit auf die Hilfe- und Unterstützung der Pflegenden erfahren.

Dies setzt eine grundlegend ethische Betrachtung der pflegerischen Beziehung voraus, die dem ethisch-moralischen Handeln der Pflegenden in den jeweiligen Pflegehandlungen eine primäre Stellung zuweist. Dieses Handeln sollte geprägt sein durch den Respekt gegenüber der Einzigartigkeit der Pflegebedürftigen. Hiermit verbunden ist die Fähigkeit zur Empathie, die in ihrer Wertbetrachtung und Werthaltung wechselseitig sowohl auf die Anerkennung der Universalität der Würde des Menschen als auch auf die Diversität und einer damit verbundenen Rücksichtnahme auf die subjektiven Präferenzen der Pflegebedürftigen Bezug nimmt. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Aufmerksamkeit für die Erhaltung der Sorge² an Bedeutung, zu der das Ma-

² Benner & Wrubel (1997) rezipieren den Begriff der Sorge nach Heideggers existenzialistischer Betrachtung des Menschseins, indem der Mensch, sein „In-der-Welt sein“ gleichzeitig mit einer existenziellen Angst verbindet, die aus dem „in eine Welt geworfen sein“ erwächst, und die ihm ein Leben lang Sorge bereitet (vgl. Heidegger, M. 1967, § 41). In Anlehnung an Heideggers Begriff der Sorge definieren Benner & Wrubel den Sorgebegriff als

nagement der Einrichtungen in der Gestaltung der Rahmenbedingungen zur Erhaltung, Förderung und Weiterentwicklung ihrer Unternehmens- und Pflegekultur durch geeignete Unterstützungsangebote beitragen kann.

Die im SGB XI näher beschriebene Qualitätssicherung und die damit eingeführten Qualitätsmanagementsysteme zur Verbesserung der Organisations- und Personalentwicklung im Rahmen der Ökonomisierung der Pflege greifen nach Auffassung der Autorin zu kurz, um einem umfassenden Anspruch ethischer Rahmenbedingungen zur Qualitätssicherung einer „guten Pflege“ zu unterstützen und zu gewährleisten. Da unter dem Druck der Ökonomisierung individuelle Bedürfnisse und Rechte der zu Pflegenden häufig zu wenig Berücksichtigung finden und sich eine „wachsende Isolation von menschlichen Beziehungen“ verbreitet (Käppeli 2007; Friesacher, H. 2008), wird unter diesen Umständen das „Personsein“ häufig unterwandert. Kitwood fasst diesen Prozess als „maligne, bösartige Sozialpsychologie“ (MSP) – vor allem in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz – zusammen, der als Sammelbegriff sämtliche Vorkommnisse einschließt, in denen Menschen eingeschüchtert, infantilisiert, stigmatisiert und etikettiert werden, indem man nicht genügend auf sie eingeht, sie unterbricht und sich über ihr Empfinden hinwegsetzt (vgl. Brooker, D. 2008, S. 22 f.).

Die aktuelle Qualitätsdebatte in der Altenpflege bezieht in der Frage nach der „guten Pflege“ Qualitätsindikatoren ein, welche die Pflegequalität als Ergebnis eines Interaktionsprozesses zwischen den einzelnen Professionen und den Betroffenen bewertet. Im Unterschied zu einem eher funktionalen Qualitätsbegriff, der pflegerische Interventionen mit industriellen Produktionsprozessen vergleicht, geht die Definition eines normativen Qualitätsbegriffes nicht allein von objektiv feststellbaren und standardisierten Kriterien aus, sondern bezieht auch subjektive Kriterien wie gesellschaftliche und persönliche Werte, Normen und Erwartungen mit ein. Brandenburg (2012) führt in diesem Zusammenhang drei unterschiedliche Zugänge an, die – mehr oder weniger deutlich – Aussagen, Hinweise und Perspektiven für eine gute Pflege formulieren sollen. In einem ersten, weitgehend formal-prozeduralen Zugang, der im Jahre 2009 durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) als Bewertungsmaßstab für die Pflege eingeführt wurde, stehen Aspekte der Pflegedokumentation und Pflegeplanung im Vordergrund der Bewertung von Pflegequalität. Einen zweiten, historischen Zugang beschreibt Kreutzer im Zuge der Modernisierung der Pflege, bei dem es zu einem signifikanten Wandel des Selbstverständnisses der Organi-

Schlüsselbegriff für die phänomenologische Sicht der Person mit einer der Welt zugewandten Grundhaltung (vgl. Benner & Wrubel 1997).

sation und der sozialen Praxis der Pflegenden gekommen ist, sodass die ursprünglich religiöse motivierte Einheit einer Leibes- und Seelenpflege durch eine weitgehend technisch, funktional und auf Effizienz ausgerichtete Pflegearbeit ersetzt worden ist. Als dritten Zugang wählt Brandenburg die angloamerikanische Care-Ethik-Debatte, bei welcher Care nicht als genuinpflegerisches Konzept verstanden, sondern als „Perspektive der Verbundenheit“ definiert wird. Aus diesem Blickwinkel der Verbundenheit werden nicht nur Fragen der Professionalisierung, Akademisierung und Qualifizierung der Pflegeberufe analysiert und vorangetrieben, sondern in dieser Debatte finden übergreifende Kultur- und Gerechtigkeitsfragen um Pflegequalität Platz (vgl. Brandenburg, H. 2012, S. 81). Durch die hier genannten Positionen versucht Brandenburg, wesentliche Hinweise und Perspektiven für eine „gute Pflege“ zu formulieren, die bereits seit einigen Jahren in den USA in einen fachlich-pflegewissenschaftlichen Diskurs einbezogen sind (ebd.).

Eine Erweiterung der Pflegequalitätsdebatte um wesentliche psychologische, philosophische und kulturelle Aspekte führt auch aus der Sicht der Autorin aus der bisher einseitig geführten Debatte hinaus, bei der die Notwendigkeit zur Messbarkeit medizinisch biologischer Parameter als Leistungswert im Vordergrund steht. Sie eröffnet die Perspektive zu einer werteorientierten Pflegepraxis, die den Stellenwert der menschlichen Verbundenheit und die damit zusammenhängenden moralischen Werte, den Wert der Kommunikation und Kooperation in den Mittelpunkt pflegeethischen Handelns stellt. Dieser Perspektive der Qualitätsentwicklung ist durch den Wandlungsprozess der Ökonomisierung indes eine Realität gegenübergestellt, die durch die Umstellung der staatlich solidarisch verfassten Organisation der Gesundheitsversorgung hin zur Regulierung durch dezentrale Marktinstrumente geprägt ist. Diese erheblichen Veränderungen betreffen insbesondere die Versorgungsorganisation und das -handeln des Gesundheitspersonals. Die Konsequenzen aus dieser These, die vor allem den Zugang der Pflegebedürftigen zu den Versorgungsleistungen sowie die Versorgungsqualität betreffen, sind daher kritisch zu beleuchten (vgl. Slotala, L. 2011, S. 74).

„Die Unterwerfung“ des Gesundheitswesens unter die Regeln des Marktes gleicht hier einem Steuerungsexperiment mit einem überaus ungewissen Ausgang. [...] Die zu diskutierenden Konsequenzen [...] müssten auf kritische Fragen bezüglich der Folgen für die Beschäftigten einerseits und des Zugangs zur Versorgung wie der Versorgungsqualität andererseits ausgedehnt werden.“
(Slotala, L. 2011, S. 74)

Vor dem Hintergrund der beschriebenen These sollen in der vorgelegten Untersuchung die Rahmenbedingungen der vollstationären Langzeitpflege im Wandlungsprozess der Ökonomisierung untersucht werden, die durch den empirischen Zugang zu den Werthaltungen und Werthorizonten der Akteure in einem weiteren Schritt Rückschlüsse in der Weiterführung der Pflegequalitätsdebatte ermöglichen sollen.

Mithilfe der Analyse der Ökonomisierung für die Praxis der vollstationären Langzeitpflege und deren Konsequenzen zeichnet sich ein erster Zugang zu der Forschungsfrage ab. Hierzu geben dezidierte Literaturrecherchen bereits erste Hinweise zu möglichen Effekten für die Versorgungspraxis in der Folge der Ökonomisierung. Vor allem die Konsequenzen zur Versorgungsqualität können, wenn auch lückenhaft, durch einige empirischen Studien bereits bestätigt werden. Zunehmender Kostendruck, ansteigende Wettbewerbsstrukturen und eine damit verbundene Verdrängungspolitik sowie die zunehmende Modernisierung und Privatisierung von Versorgungseinrichtungen führen demnach zu einem erhöhten Risiko in der Versorgung (vgl. Bode, I. et al. 2015, S. 113) und ziehen mitunter sogar höhere Kosten nach sich.

1.4 Fragestellung und Zielsetzung der Untersuchung

Eine fundierte Datenlage empirischer Untersuchungen zu den Auswirkungen der veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen auf die Versorgungspraxis und die handlungsleitenden Orientierungen der Akteure im Bereich der stationären Langzeitpflege liegt nicht vor. Valide Daten zu den Veränderungen des kapitalwirtschaftlichen Umbaus, speziell zur differenzierten Analyse berufsgruppen-, einrichtungs- oder sektorenbezogener Veränderungen innerhalb der unterschiedlichen Versorgungsbereiche des Gesundheitssystems sind nicht vorhanden. Die Ergebnisse bisheriger empirischer Studien sowie Ergebnisse weitreichender interdisziplinärer wissenschaftlicher Diskussionen deuten jedoch darauf hin, dass sich die fortschreitende Entwicklung der Ökonomisierung zu einem „mehr oder weniger manifesten Konflikt“ zwischen den genuinen Interessen ökonomischer und pflegerischer Ziele führt (Friesacher, H. 2009, S. 6). Die Konsequenzen dieser Entwicklung sind sowohl für die Beschäftigten im Gesundheitswesen als auch für die Versorgungsqualität sowie in der Frage nach dem Zugang zu den Versorgungsleistungen aus gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Sicht von großer Bedeutung.

In diesem Zusammenhang bleiben die nachfolgenden Fragen in der Versorgungsforschung der vollstationären Langzeitpflege offen, die aufgrund der bisherigen Studienlage empirisch noch unzureichend erforscht worden sind. Insofern widmet sich die vorliegende Untersuchung einer differenzierten Analyse zu:

- dem Ausmaß der Ökonomisierung in der vollstationären Langzeitpflege und ihren Folgen für die Versorgungsstrukturen sowie das Versorgungshandeln der Akteure,
- dem Einfluss der Ökonomisierung auf die Werthaltungen sowie das Ethos der Akteure und
- dem Ausmaß der Veränderungen auf das soziale Gefüge bisher autonomer gesellschaftlicher Teilbereiche durch die Ökonomisierung.

Die Studie greift hiermit ein Forschungsdesiderat auf, das insgesamt der Frage nach dem Ausmaß und den Folgen des marktwirtschaftlich orientierten Umbaus der Ökonomisierung für das pflegerische Handeln und die Qualität der professionell pflegerischen Versorgung durch die dort tätigen Berufsgruppen in Management und Pflege nachgeht.

Erkenntnisinteresse und Forschungsperspektive

Ausgehend von der These eines dauerhaften Strukturwandels im Gesundheitswesen, von dem auch der Versorgungsbereich der vollstationären Langzeitpflege betroffen ist, soll in der vorliegenden Untersuchung eruiert werden, in welcher Graduierung die Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege von ökonomischen Anforderungen betroffen sind. Darüber hinaus soll fokussiert werden, mit welchen Konsequenzen diese Veränderungen für die pflegerische Versorgung einhergehen und welche Relevanz sich für den Werthorizont der Pflegenden ergibt. In diesem Zusammenhang werden in der vorliegenden Arbeit im Rahmen eines induktiven Vorgehens folgende forschungsleitenden Fragen explorativ bearbeitet:

Forschungsleitende Fragen:

- Wie wird die Logik des betriebswirtschaftlichen Handelns in der Versorgungspraxis der vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen sichtbar und wie ist die Transparenz im Umgang mit dieser Logik?
- Wie ist die „systemfremde Logik“ mit dem traditionellen Berufsverständnis des Gesundheitspersonals vereinbar und welche Auswirkungen ergeben sich für das Wertverständnis und das Ethos der Pflegenden?
- Welche Konsequenzen haben die ökonomischen Bedingungen für die Versorgungsentscheidungen seitens der Akteure und wie gehen die Organisationen, das Management und die Pflegenden mit möglichen Konflikten/Dilemmata um bzw. welche Unterstützungen werden ihnen hierzu angeboten?

1.5 Zentrale These der Untersuchung

Die seit den 1990er-Jahren wachsenden ökonomischen Wandlungsprozesse unter marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten sind Gegenstand gesundheits- und sozialwissenschaftlich orientierter Forschung. Mit diesem Wandlungsprozess ist die These verbunden, dass die Transformation eines staatlich solidarisch verfassten Gesundheitssystems zur Regulierung und Steuerung von Gesundheitsleistungen durch die Logik des Marktes und deren Instrumente zu Veränderungen der Versorgungsorganisation und dem Versorgungshandeln des Gesundheitspersonals führen. Für die vorliegende Forschungsarbeit lässt sich die folgende These präzisieren:

These

Die Intensivierung der Logik des Marktes im Gesundheitswesen deutet darauf hin, dass im Rahmen der Steuerung von Gesundheitsleistungen monetäre Beweggründe stets mehr Einfluss nehmen auf den Zugang der Versorgungsleistungen, auf die Bedingungen und Begrenzungen der gesundheitlichen Versorgungsangebote sowie auf das Verhalten der professionellen Akteure.

Die nachfolgende Beschreibung zum Aufbau und dem Gang der Untersuchung fasst die einzelnen Analyseschritte der Dissertation zusammen und eröffnet einen ersten Einblick in das methodische Vorgehen der Untersuchung.

1.6 Aufbau und Gang der Untersuchung

Im ersten Teil der Dissertation werden konstitutive Grundbegriffe und -konzepte beschrieben, die in die grundlegende Forschungshaltung der Untersuchung einführen und die wesentlichen Argumentationslinien der Forschungsarbeit in ihren konkreten Zusammenhängen aufzeichnen. Hierzu soll zunächst auf die zentralen Konzepte der Forschungsarbeit eingegangen werden, die mit einem einführenden Teil zur Theorie und Praxis pflegerischer Werthorizonte beginnen (vgl. Kap. 2.1). Nach einer kurzen Einführung in die historische Entwicklung der stationären Langzeitpflege und ihre Finanzierungsbedingungen erfolgt die Beschreibung des sozialen Feldes der Pflege, indem die versorgungsrelevanten Rahmenbedingungen der stationären Langzeitpflege aufgezeichnet und die Versorgungserfordernisse näher beschrieben werden (vgl. Kap. 2.2). In einer anschließenden Gegenstandsbeschreibung wird der Begriff der „Ökonomisierung“ aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet und vor dem Hintergrund seiner zentralen politischen und sozialen Bedingungen sowie Zusammenhänge näher betrachtet. Hierzu ist eine Analyse unterschiedlicher wissenschaftlicher Diskurse und Interpretationsansätze zum aktuellen Stand des Gegenstandes der „Ökonomisierung“ abzubilden, die einschneidende Wertveränderungen und

Konsequenzen – vor allem im Bereich des Sozialen und insbesondere im Bereich der Pflege – aufzeichnen (vgl. Kap. 2.3). Mithilfe der Analyse der Ökonomisierung für die Praxis der stationären Langzeitpflege und deren Konsequenzen wird sich ein erster Zugang zur Forschungsfrage abzeichnen, da sich hieraus erste Hinweise zu möglichen Effekten für die Versorgungspraxis in der Folge der Ökonomisierung ergeben (vgl. Kap. 2.3.4 und Kap. 2.3.5).

In der Verlängerung dieser Perspektive ist die Ökonomisierung als ein Transformationsprozess zu verstehen, indem die genuinen Merkmale der Praxisfelder gesundheitlicher Versorgung den Regeln des Marktes untergeordnet und das Handeln der Akteure im Gesundheitswesen nachhaltig durch ökonomische Gesetze bestimmt werden (vgl. Slotala, L. 2011, S. 14). Diese Implikation leitet einen weiteren Schritt der Untersuchung ein, der – aufbauend auf Bourdieus Theorie der sozialen Felder – eine soziologische Gesellschaftstheorie einführen wird, deren Verständnis durch eine funktional differenzierte Gesellschaft der Moderne gekennzeichnet ist (vgl. Kap. 2.4). Bourdieus Analysezugang bietet eine Möglichkeit mithilfe der Differenzierungstheorie das Spannungsverhältnis zwischen der wirtschaftlichen Logik und weiteren gesellschaftlichen Handlungslogiken näher zu analysieren, um somit den Einfluss zunehmender Prozesse der Vermarktlichung auf die bisher „autonomen Teilspären“, so auch der Pflege, graduell zu untersuchen (vgl. Schimank, U., Volkmann, U. 2012, S. 2 f.).

Im Rahmen des Stufenmodells zur Ökonomisierung nach Schimank/Volkmann (2008), das eine empirische Analyse über die konkrete Bedeutung der ökonomischen Rationalität im Bereich des Gesundheitswesens erlaubt, ist aus wirtschaftssoziologischer Sicht eine erweiterte Befunderhebung zu möglichen ethischen und ökonomischen Konfliktfeldern im Bereich der stationären Langzeitpflege zu erwarten.

Hieran schließen sich Fragen über mögliche Autonomieverluste der feldinternen, genuinen Anforderungen im Bereich der vollstationären Langzeitpflege gegenüber den feldexternen, ökonomischen Anforderungen einer Marktgesetzlichkeit an. Wenngleich ein bewusstes, ressourcenschonendes Handeln als ausgewiesenes ethisches Ziel betrachtet werden kann, sind in diesem Zusammenhang Fragen über mögliche Widerstände und Kompromisse der Akteure im Bereich der Pflege und hiermit einhergehende potenzielle Spannungsfelder für die vorliegende Untersuchung von zentraler Bedeutung.

Im zweiten Hauptabschnitt, dem empirischen Teil der Dissertation, erfolgt eine ausgiebige Beschreibung über die Methodologie der empirischen Studie (vgl. Kap. 3). Nach der Einführung in das Forschungsdesign und in die Begründung der Methode (vgl. Kap. 3.1) wird zunächst auf

die Auswahl und das Sample der Untersuchung sowie auf die Entwicklung und Handhabung des Interviewleitfadens zur qualitativen Datenerhebung eingegangen. Zur Auswertung der empirisch bisher kaum erforschten ökonomischen Situation und deren Folgen für die handlungsleitenden Orientierungen wird auf die von Bohnsack entwickelte dokumentarische Methode der Analysezugänge zurückgegriffen. Diese erlaubt einen Zugang zu der Ebene des „[...] *impliziten – begrifflich nicht so ohne weiteres artikulierbaren – Wissens* [...]“ der Akteure (vgl. Bohnsack, R. 2006, S. 152). Die Wahl dieser Methode folgt einem rekonstruktiven Paradigma, das über die Reproduktion von Alltagsanforderungen hinausgeht und auf einen empirisch fundierten Zugang zu einer tiefer liegenden, eigenen Bedeutung von „Orientierungen“, „Werthaltungen“ und „Werthorizonten“ der Befragten vordringt (vgl. Bohnsack, R. 2006, S. 145) (vgl. Kap. 3.2). In einem daran anschließenden Kapitel wird die Darstellung des Forschungsprozesses dezidiert beschrieben, sodass der Prozessverlauf und die theoretische Umsetzung der Analysemethode besser nachvollzogen werden können (vgl. Kap. 4).

Ausgehend von der These des ökonomischen Strukturwandels im Bereich der gesundheitlichen Versorgung erfolgt eine induktive, empirische Datenerhebung zu dem Ausmaß ökonomischer Anforderungen in der vollstationären Langzeitpflege und deren Konsequenzen für die pflegerische Versorgungspraxis. Die Dissertation greift in ihrem wissenschaftlich methodischen Teil auf problemzentrierte Interviews mit pflegerfahrenen Akteuren des oberen, mittleren und unteren Managements zurück. In Anlehnung an die feldtheoretischen Gegebenheiten Bourdieus wird der Untersuchung zunächst ein offenes und vorbehaltloses Verständnis für die Prozesse der Ökonomisierung im Feld der Pflege entgegengebracht. Sowohl Fragen zu einem möglichen Autonomieverlust als auch Fragen zu möglichen Widerständen gegenüber den kommerziellen Einflüssen und Herausforderungen durch die Akteure im Feld sollen berücksichtigt werden (vgl. Kap. 5).

Im Vordergrund der Studie steht das Ziel einer differenzierten Analyse zu den Folgen des marktwirtschaftlich orientierten Umbaus und die damit einhergehenden Veränderungen für die Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und die dort tätigen Berufsgruppen im Bereich des Managements und der Pflege. Von besonderem Interesse sind in diesem Zusammenhang Fragen nach dem Ausmaß der Folgen der Ökonomisierung für die Pflegenden, das pflegerische Handeln und die Qualität der professionell pflegerischen Versorgung. Die Fragen nach den möglichen Folgen für das traditionelle Berufsverständnis, das Wertverständnis und das Ethos der Pflegenden und des Managements sowie die hiermit verbundenen Konsequenzen für ihre alltäglichen Versorgungentscheidungen haben in diesem Kontext eine besondere Relevanz für den Fortgang

der Untersuchung. Mit dem Ziel, die Orientierungsräume der Akteure unter den veränderten Strukturen der zunehmenden Vermarktlichung zu erfassen, soll über die Rekonstruktion des handlungsleitenden Wissens der Akteure ein verstehender Zugang der Handlungspraxis erreicht und eine damit verbundene Entwicklung von Perspektiven einer möglichen Einflussnahme entwickelt werden (vgl. Bohnsack, R. 2009, S. 321). Angesichts der lückenhaften empirischen Datengrundlage zur Ökonomisierung der vollstationären Langzeitpflege greift die Studie das vorliegende Forschungsdesiderat auf und verfolgt ein exploratives Ziel. Dieses soll durch eine möglichst offene Vorgehensweise in der Erfassung komplexer Zusammenhänge und einer thesengenerierenden Form der Datenerhebung erreicht werden.

Im letzten Kapitel erfolgt die Zusammenfassung der Ergebnisse (vgl. Kap. 6). Hierzu sollen die empirischen Befunde zusammengeführt und in Form einer konzeptionellen Rückführung mit den Annahmen über die Auswirkungen der Ökonomisierung auf die Einrichtungen der vollstationären Pflege verglichen werden.

2 Zentrale Konzepte der Untersuchung

2.1 Zur Theorie und Praxis pflegerischer Werthorizonte

Vor dem Hintergrund des Interesses an der Frage nach einem Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Ökonomisierung und den möglichen Folgen für das traditionelle Berufsverständnis, das Wertverständnis und das Ethos der Akteure in Pflege und Management der Einrichtungen soll in dem nachfolgenden Kapitel auf die Bedeutung der Theorie und Praxis pflegerischer Werthorizonte eingegangen werden.

Hierzu erfolgt zunächst eine Einleitung in die Definition des Wertbegriffes, die Entstehung der Werte (vgl. Kap. 2.1.1) sowie die Funktion der Werte (vgl. Kap. 2.1.2). Im Anschluss an die Auseinandersetzung mit der Bedeutung der Werte in ihrer orientierungsgebenden Funktion (vgl. Kap. 2.1.2.1) setzt sich die weitere Analyse in einem Diskurs über die Zusammenhänge von Werthaltung, Motivation und Handeln fort (vgl. Kap. 2.1.2.2). Dieser endet mit der Hervorhebung der Bedeutung von Werten für die Handlungspraxis der Akteure (vgl. Kap. 2.1.2.3). Mit der Zuwendung zu den theoretischen Aspekten pflegerischer Werthorizonte (vgl. Kap. 2.1.3) wird der theoretische Teil der Studie weitergeführt. Hierbei führen Fragen nach den berufsethischen Implikationen und Werthaltungen (vgl. Kap. 2.1.3.1), die Bedeutung der Werthaltungen zur Grundlegung des Berufsethos (vgl. Kap. 2.1.3.2) sowie die Frage nach den berufsethischen Standpunkten (vgl. Kap. 2.1.2.3) zur Konkretisierung professionell pflegerischen Handelns. Mit

der zentralen Bestimmung der Menschenwürde als Fluchtpunkt pflegerischer Werthorizonte, die als theoretische Annahme zur Gestaltung einer menschenwürdigen Pflegepraxis in der vorliegenden Studie dient, wird das Kapitel abgerundet (vgl. Kap. 2.1.3.4).

2.1.1 Begriffliche Einführung und Definition des Wertbegriffes

Die nachfolgende interdisziplinäre Annäherung an die Wertgenese, die begriffliche Definition der Werte und Werthaltungen sowie die Auseinandersetzung mit ihrer Funktion erheben nicht den Anspruch auf eine vollumfängliche Darlegung. Dennoch soll auf die wesentlichen Aspekte in der Einführung und Definition des Wertbegriffes eingegangen werden, die in einem erklärenden Zusammenhang mit dem „Phänomen“ der Werte und der vorliegenden Studie stehen.

Werte und Werthaltungen sind in den unterschiedlichen Disziplinen der Philosophie, der Wissenschaft, der Ökonomie, der Soziologie und der Psychologie von erheblicher Relevanz. In der spezifischen Annäherung an die Frage nach den pflegerischen Werthorizonten soll zunächst auf den Ursprung des Wertbegriffes sowie auf die Entwicklung der unterschiedlichen Werttheorien zurückgegriffen werden. In einem zweiten Schritt soll sodann ein grundlegendes Verständnis der Wertdefinition hergeleitet werden, das in seinen orientierungsgebenden Aspekten als ethische Grundlage pflegerischen Handelns für die Versorgungspraxis der stationären Langzeitpflege herangezogen werden kann.

Die Wertedebatte ist in der Philosophie kein unumstrittenes Feld, dennoch haben wir Menschen Maßstäbe, die uns wichtig sind und von denen wir uns leiten lassen. Verschiedene Werte konfliktieren in den unterschiedlichen Zusammenhängen gesellschaftlicher Realitäten und geraten für den Menschen dort in Bedrängung. Hierdurch sind wir aufgefordert den Wertbegriff in seiner gleichermaßen normierenden und motivierenden Dimension als zentralen Leitbegriff aufzusuchen und ihn vor dem Hintergrund seiner orientierungsgebenden Funktion zu begreifen. Die Definition des Wertbegriffes ist daher eng verknüpft mit dem Kern der Wertfrage, der in der antiken Philosophie mit den Ideen des „*richtigen*“, „*guten*“, „*sinnvollen*“ und damit „*gelingenden*“ Lebens verbunden ist.

In dieser Folge tragen Werte in ihrer ethischen und sittlichen Dimension einen Norm- bzw. Sollens-Charakter, aus dem sich situativ die Frage jeder individuellen sowie kollektiven Verantwortung ergibt. Indes drohen angesichts weitreichender ökonomischer, sozialer und gesellschaftspolitischer Umbrüche und der gleichzeitigen Entwicklung eines Pluralismus an Maßstäben, Prinzipien und Überzeugungen traditionelle Werte mit ihrer Bindekraft für den einzelnen Men-

schen und das menschliche Zusammenleben in den Hintergrund zu treten. Der einzelne Mensch, aber auch das gemeinschaftliche Zusammenleben, bedarf jedoch der Akzeptanz grundsätzlicher tragender Leitlinien zur Orientierung des individuellen und gesellschaftlichen Lebens, um ungeachtet allen Wechsels eine Beständigkeit und Kontinuität von Werten zu erfahren, die Verlässlichkeit und Vertrauen implizieren. Die Suche nach einer ethischen Grundlage als Orientierung gebendes Fundament kann demnach als eine der wesentlichsten Aufgaben des Menschen in der Ausfüllung seiner Lebensführung gesehen werden. Zeitgemäße Ansätze dieser Fragestellungen zeichnen sich in der Suche nach ethischen Grundlagen ab, die vornehmlich im Zeichen des Wertbegriffes diskutiert werden, da davon ausgegangen wird, dass in der Kategorie der Werte die Verbindlichkeit und Orientierungen des Lebens gefunden werden können, die dem Verhalten des Einzelnen in seiner sozialen Einbettung Stetigkeit und Verlässlichkeit ermöglichen (vgl. Folke, W. 2001, S. 1 ff.).

Dahingehend verweist Gebhardt auf Helmut Kuhn, der die Aufmerksamkeit des Wertbegriffes als subjektives Sinngebilde – „in ihrer Gestalt wandelbar und beliebig“ – versteht, und sich von „exakten Aussagen der Wissenschaft über Wirkliches“ unterscheidet. Während in der Sprache der Metaphysik das Gute und das Sein eins sind, so fallen nach Gebhardt das Gute und das Sein in der modernen Reflexion auseinander. Die Werttheorien und Wertphilosophien werden als Äquivalent für die alte praktische Philosophie formuliert und als geistig-politische Antwort auf große Fragen der Zeit konzipiert (vgl. Gebhardt, J. 1989, S. 38). Werte sollten so als Ersatz für die Metaphysik und die religiöse oder philosophische Dogmatik dienen (vgl. Straub, E. 2010, S. 16). Nach Kuhn übernimmt der Begriff des „Wertes“ die ursprüngliche Bedeutung des Begriffes des Guten und versucht diesen zu ersetzen (vgl. Gebhardt, J. 1989, S. 38).

2.1.1.1 Allgemeine Gesichtspunkte

Da die inhaltliche Ausfüllung des Begriffes „Wert“ durch dessen unterschiedlichen Gebrauch in diversen Zusammenhängen – damit verbunden verschiedene Erwartungshaltungen und Assoziationen – erheblich variiert, kann von einem eindeutigen Verständnis des Wertbegriffes nicht selbstverständlich ausgegangen werden. Versuche zur Erklärung des Begriffes aus der Perspektive einzelner Disziplinen beziehen sich daher auf den Grund der Werte, den Sinn, die Berechtigung sowie auf ihre Verbindlichkeit. Werte und Werttheorien folgen aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen, die in ihrer philosophischen, psychologischen, soziologischen, anthropologischen, pädagogischen und theologischen Betrachtung dem Wesen der Werte ihre jeweils eigene Begründung und Bedeutung zuschreiben. Die Auseinandersetzung mit der Definition des

Wertbegriffes und dem Versuch einer inhaltlichen Deutung beginnt mit der grundsätzlichen Frage nach ihrem Ursprung, ihrem Wesen, der Beschreibung dessen, was sie sind, dem was sie bedeuten und was sie zum Ausdruck bringen sollen.

In Verbindung mit der Frage nach dem Ursprung der Werte vollzieht sich die Auseinandersetzung einerseits in der Annahme einer objektiven Existenz der Werte an sich und andererseits in der Betrachtung der Werte als rein subjektive Präferenzen des Individuums, das als Mensch durch ausschließlich individuelle Wertsetzungen deren Bedeutung zu begründen und fundieren sucht (vgl. Folke, W. 2001). Daher stellt sich sowohl innerhalb der breiten öffentlichen Diskussion als auch innerhalb der spezialisierten akademischen Theoriebildung die Frage nach der Entstehung der Werte als klärungsbedürftiges Problem dar. Aktuelle Debatten über Wertewandel und Wertverlust, über deren Chancen und Gefahren, über die Notwendigkeit einer Wiederbelebung alter Werte sowie die Suche nach neuen Werten werden in allen Gesellschaften geführt. Dabei sind weder die Ursachen noch die Folgen des Wertewandels bisher vollständig aufgeklärt. Sehr viel eindeutiger sind dagegen die Bewertungen dort, wo Ende des 19. Jahrhunderts – mit der Entwicklung des Konzepts der Anomie durch den französischen Soziologen Emile Durkheim – in den Sozialwissenschaften zwischen einem Wandel der Werte einerseits und einer Schwächung ihrer Bindekraft bzw. ihrem ersatzlosen Verlust andererseits unterschieden wird. Vergleichbar hierzu gehören Phänomene wie Zerfall familiärer Bindungen, Vernachlässigung oder Beschädigung öffentlicher Räume, Suchtprobleme sowie Gewalttaten, besonders von Jugendlichen. Sozialwissenschaftliche Arbeiten legen in diesem Kontext nahe, von einer wertzersetzenden Wirkung gesellschaftlicher Prozesse auszugehen, welche als negative Folge kapitalistischer Marktwirtschaft und als Konsequenz permissiver Erziehung zu sehen sind, die sich im Rahmen gesellschaftlicher Veränderungsprozesse in einem Verlust an Vorbildern und einem fehlenden Mut zur Aufforderung von Disziplin niederschlagen (vgl. Joas, H. 1999).

2.1.1.2 Zur Entstehung der Werte

Die Frage nach der Entstehung der Werte wurde erstmals gegen Ende des 19. Jahrhunderts gestellt und ihr Gebrauch außerhalb ökonomischer und mathematischer Zusammenhänge hier erst eingeführt. Begriffsgeschichtliche Untersuchungen belegen, dass der Begriff „Wert“ in seiner Genese aus dem Wirtschaftsleben über die Wirtschaftswissenschaft des 18. Jahrhunderts zur Philosophie des 19. Jahrhunderts gereichte und von dort aus zu den Kultur- und Sozialwissenschaften des 20. Jahrhunderts geführt hat. Hier floss der Begriff schließlich in den öffentlichen Sprachgebrauch ein. Der Philosoph Hermann Lotze (1817-1881) hat – aufbauend auf der

Philosophie Kants vom „absoluten Wert“ der vernünftigen Wesen und ihrer Selbstzweckhaftigkeit – mit seinem Werk und seiner Lehre, aus dem sich die spätere neukantische, phänomenologische und lebensphilosophische Werttheorie ableiten lässt, entscheidend zu dieser Entwicklung beigetragen (vgl. Joas, H. 1999). Daher ist die Entwicklung des Wertbegriffes zu einem philosophischen Grundbegriff zweifelsfrei auf den Gebrauch des Begriffes bei Immanuel Kant (1724-1804) zurückzuführen, der mit seinen Werken eine metaphysische und abstrakte Grundlegung für die moralischen Anschauungen entwickelt hat, wie sie es bis dahin nicht gab (vgl. Scruton, R. 2004, S. 83). Aufbauend auf der Theorie des absoluten Wertes bei Kant haben die Wertphilosophen des 19. Jahrhundert ihre philosophischen Entwürfe entwickelt, die einen materialen Grundwert wie Leben, Wohlfahrt etc. als Ausgangspunkt ethischer Argumentationen anführten (vgl. Scheler, M. 1954, S. 29). Die Wertphilosophie entsteht an der Stelle, wo das Vertrauen in die Identität des Wahren und des Guten verloren gegangen ist. Der Begriff des Wertes nimmt somit die Stelle ein, an der in der philosophischen Tradition der Begriff des „Guten“ stand. Während jedoch dem Begriff des Guten in der alten Tradition durch die vernünftige Betrachtung des Kosmos ein erschließbarer göttlicher Status zugesprochen werden konnte und dieser somit über ein „höheres Sein“ verfügte, haftet dem Wertbegriff mit dieser weitreichenden und paradigmatischen Veränderung nun ein subjektiver Bezug des Wertens an. In der Wertphilosophie tritt an die Stelle der metaphysischen Einheit des Wahren und Guten ein Dualismus von „Faktizität“ und „Geltung“ eines Reichs konstatierbarer Sachverhalte in die Wertphilosophie ein. In diesem Zusammenhang setzt die Frage zur Entstehung der Werte die *„Wende zur Subjektivität“* voraus, welche die Wertphilosophie mit dieser Entwicklung vollzog (vgl. Joas, H. 1999, S. 39).

Die Entstehung des Wertbegriffes ist demnach zurückzuführen auf die geistig-kulturelle Umbruchs- und Krisenerfahrung im europäischen Raum, in dem die Sprache der alten Politik und Ethik ihre „prägende Kraft“ verloren hat. Werttheorien und Wertphilosophien werden in diesem Zusammenhang als „Substitut“ oder „funktionales Äquivalent“ für die alte praktische Philosophie verwendet und als geistig-politische Antworten auf die wesentlichen Fragen der Zeit konzipiert (vgl. Gebhardt, J. 1989, S. 38).

Herman Lotze hat durch seine Wertlehre die moderne Ethik stark gefördert, indem er durch sein objektivistisches Denken Zugang zu den Wahrheiten und Werten des menschlichen Gewissens gefunden hat. Somit spricht er den Werten eine objektive Geltung zu, die unabhängig von der Erfahrung zum ursprünglichen Besitz des menschlichen Geistes gehören und die im Unterschied zum Tier, in der menschlichen Vernunft, in der Wahrheit der Ideen selbst – ähnlich den platonischen Ideen – begründet sind. Entgegen der Kantischen Ethik, in der die Vollendung der

Moralität als Pflichtethik im Vordergrund steht, sieht Lotze in der Schönheit der Welt und in der Seligkeit des Menschen das Endziel der Weltgeschichte (vgl. Hirschberger, J. 1981, 551 ff.). Während um 1900 die Humanisten jenseits des Zeitgeistes mit seinem Ökonomismus ewige und dauerhafte Werte, das Wahre, Gute und Schöne vor der völligen Beliebigkeit und Unbestimmtheit zu bewahren suchten, wuchs gegen Ende des 19. Jahrhunderts ein Unbehagen am Pluralismus. Dieses Unbehagen war bestimmt durch die Relativierung aller sinngebenden Mächte, aller Ideale, Tugenden und Überzeugungen, eine Entwicklung, die das Bildungsbürgertum verunsicherte. Dies sah hierin einen deutlichen Sinnverlust und fürchtete die Entwicklung eines Nihilismus. Der zunehmende Materialismus drohte den Menschen von den ewigen, über den Zeiten stehenden Ideen zu trennen, indem durch den Nutzen des Erfolgsstrebens das Geld zum Maßstab aller Dinge erhoben wurde und damit eine Entwicklung begann, in der die Ökonomisierung alle Lebensbezüge dominierte (Straub, E. 2010, S. 9 ff.). An die Stelle des ursprünglich Wahren, Guten und Schönen als dem Göttlichen tritt in der neuzeitlichen Metaphysik die Subjektivität des Individuums, die durch den Willen des Individuums zur Macht, zur eigenen Wertsetzung in der Lage ist, um hierdurch seinen eigenen Wesensbestand zu sichern (vgl. Heidegger, M. 1977, S. 245, 227).

Gegen Ende des 19. Jahrhundert entstand eine Wertphilosophie, die sich insbesondere auf die Auseinandersetzung mit Kant bezog und die in zwei Entwicklungsstränge aufgeteilt werden konnte. Einmal in den neukantischen, einen an formaler Geltung ausgerichteten Ansatz und in einen phänomenologischen, am materialen Sein ausgerichteten Ansatz, der sich in der Fortsetzung Husserls aufbaute (vgl. Joas, H. 1999, S. 40). Husserls Werke waren durchzogen von der Absicht einer Überwindung des Gegensatzes zwischen Objektivismus sowie Subjektivismus und zielten damit in einer von Faszination für das Ideal naturwissenschaftlicher Erkenntnisse dominierten Epoche auf die Rückgewinnung der „Problemebene bei Kant“ (vgl. Coreth, E. 1986, S. 159). Die Vertreter der neukantischen Perspektive, wie Wilhelm Windelband (1848-1915) und sein Schüler Heinrich Rickert (1863-1936), setzten sich für eine Vermittlung der Wertsetzung mit idealem Geltungsanspruch ein. Dieser geht, unabhängig von den wertsetzenden Subjekten, mit dem Weg der Kognition und der Reflexion einher. Der Zugang zu der phänomenologisch orientierten Wertsetzung bei den Philosophen Nicolai Hartmann (1882-1950) und Max Scheler (1874-1928) erfolgt über ein intuitives, am Gefühl orientiertes Vorgehen. Beide philosophischen Ansätze gingen von der Idee eines materialen Apriori aus, jegliche Erkenntnisse mit einem ontologischen Status verknüpfen zu wollen und zu können.

„Das Idealreich geltender Werte konnte gerade auch für sie nicht aus dem Handeln und der Erfahrung der Menschen entstehen; es gehört einem anderen Seinsmodus zu, und die Subjekte können die Werte deshalb nur verkörpern und entdecken, aber nicht erzeugen“ (Joas 1999, S. 40).

Mit Beginn des 20. Jahrhunderts stellte sich durch Nietzsche, in seiner Frage nach der Entstehung der Werte, eine Änderung des Wertediskurses in Europa ein, der vor allem im deutschsprachigen Raum stattgefunden hat. Indem er die Anerkennung moralischer Werte auf ausschließlich subjektive Setzungen zurückführt, stellte Nietzsche den bisher geltenden ontologischen Bezug der Werte – den Wertobjektivismus – radikal in Frage (ebd.).

Diesem Wertrelativismus versuchte Max Scheler mit seiner materialen Werteethik, die er an eine objektive Geltung von Werten knüpft, entgegenzutreten. Indem er mit seiner Phänomenologie moralischer Gefühle Erfahrungsgrundlagen für eine phänomenologische Ethik erarbeitet hat, versuchte er auf phänomenologischem Wege und in einer radikalen Kritik an Kant „den Gedanken des objektiven Seins der Werte“ durch eine unantastbare Stufenordnung der Werte aufzudecken und neu zu etablieren (vgl. Joas, H. 1999, S. 139). Hiermit löste er die kantische Pflichtenethik ab, indem er in seiner Wertethik das Vermögen eines „*emotionalen Wertempfindens*“ einbezieht. In Abgrenzung zu dem eher „strengen“ Formalismus Kants entwickelten Max Scheler (1874-1929) und Nicolai Hartmann (1882-1950) eine personale und materiale Wertethik, da Schelers Auffassung nach eine rein formale Handlungsorientierung nicht möglich sei. Scheler geht davon aus, dass der Mensch in der Lage ist, vorab geltende Werte nicht nur zu erkennen, sondern diese auch über sein Wertempfinden, sein Wertgefühl gefühlsmäßig wahrzunehmen. Insofern sind dem Menschen nicht nur objektive Werte vorgegeben, die für ihn gültig sind, sondern sie sind darüber hinaus auch an ein emotionales, gefühlsmäßiges Apriori gebunden. Die materiale Wertethik Schelers setzt die objektiv vorgegebenen Werte in eine hierarchische Rangordnung. Diese unterscheidet hierbei Werte in ihrer Orientierung einer untersten Ebene als Angenehme sowie Unangenehme und Werte der obersten Wertebene, die als geistige und religiöse Werte erkannt werden. Von ganz besonderer Bedeutung ist für Scheler hierbei die Handlungsorientierung der Liebe, die sich auf der höchsten Wertebene vollzieht. Hierdurch, so Scheler, ist es erst möglich, den wahren Wert eines Gegenstandes und einer Handlung zu erkennen (vgl. Dietzfelbinger, D. 2015, S. 36). Die materiale Wertethik, die als hauptsächlicher Vertreter eines philosophischen Wertobjektivismus innerhalb der Werttheorie gilt und durch Max Scheler sowie durch Nikolai Hartmann in den 1920er-Jahren vertreten wurde, hat wesentlich zur Formulierung des Wertbegriffes beigetragen. Diese Entwicklung hat sowohl in nationalen als auch in internationalen philosophischen Diskursen eine prominente Bedeutung erlangt, indem der Wertbegriff als Kernbegriff

zentral gestellt wurde. Das Anliegen der Philosophie wurde hier als Wertlehre definiert, die in den unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen wie den ökonomischen, kulturellen, sittlichen und ästhetischen vor allem vor dem Hintergrund der Wertphilosophie erörtert wurde (vgl. Folke, W. 2001, S. 73). Dennoch regten sich Kritiken und Ablehnung gegenüber der Wertphilosophie. Diese manifestierten sich darin, dass die faktische Verschiedenheit miteinander konkurrierender moralischer Wertvorstellungen einen objektiven Schluss auf ein einheitliches Wertreich und eine damit verbundene objektive, materiale Wertethik verbiete (vgl. Folke, W. 2001, S. 82). Darüber hinaus bezog sich die Ablehnung vor allem darauf, dass wertphilosophische Fragestellungen als nicht zeitgemäß galten, sodass sie als unwissenschaftlich abqualifiziert wurden. Unterstützt wurde diese Argumentation damit, dass die Wertphilosophie aus wertpluralistischer Sicht als metaphysisch überladen und aus wertontologischer Sicht als zu subjektivistisch eingestuft wurde. Die hiermit entstandene Verunsicherung in der Einschätzung wertphilosophischer Betrachtungen zeigte sich vor allem vor dem Hintergrund des Wertobjektivismus und der Wertontologie, in der unterschiedliche Werte hierarchisiert werden. Die Frage nach einer universellen Gültigkeit, verbunden mit der Frage danach, welche die wahren, richtigen und universell gültigen Werte sind, konnte schließlich nicht eindeutig beantwortet werden (vgl. Lanius, F. 2010, S. 117 f.). Trotz dieser Widerstände hat Max Scheler mit seiner Phänomenologie moralischer Gefühle und seinem Entwurf der materialen Wertethik, Grundlagen für die phänomenologische Ethik erarbeitet (vgl. Folke, W. 2001, S. 82). Mit dem Ausbruch des zweiten Weltkrieges fanden die Wertediskurse zunächst ein Ende, bis sie in den 1960er- und 1970er-Jahren unter anderen Fragestellungen wieder aufgenommen wurden. Hier standen Fragen einer liberal orientierten postmodernen Gesellschaftsstruktur im Vordergrund, welche die grundlegenden Aspekte eines gelingenden Lebens, Fragen nach der Selbstverwirklichung und der Emanzipation gegenüber Wertbindungen in unterschiedlichen privaten und gesellschaftlichen Bereichen nach sich zogen (vgl. Joas, H. 1999, S. 10 ff.).

Obwohl die Wertphilosophie vielfach abgelehnt wurde, werden seit den 1980er-Jahren sowohl in der europäischen als auch in der nordamerikanischen Philosophie ethische Fragestellungen wieder verstärkt im Horizont wertphilosophischer Fragestellungen geführt. Auch in den Sozialwissenschaften gewinnen Wertfragen angesichts fortschreitender Ökonomisierungsentwicklungen zunehmend an Bedeutung.

2.1.2 Zur Funktion der Werte

In der vorangegangenen Darstellung konnte gezeigt werden, dass die klassische Wertphilosophie des vorangegangenen Jahrhunderts in der Frage nach der Seinsweise der Werte und ihrer Erfassung einen bedeutenden Raum eingenommen hat. In der heutigen philosophisch-ethischen Tradition, die vor allem durch die analytische Philosophie geprägt ist, findet sie jedoch wenig Interesse, obwohl heute vielfach die Frage nach dem Wertverständnis in den unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen im Vordergrund steht. So stellt sich im Bereich der Ökonomie die Frage nach der Beziehung der Werte zu den Gütern; die Soziologie befasst sich im Interesse der Erhaltung einer sozialen Ordnung mit der zentralen Frage nach der Geltung gesellschaftlicher Werte in ihrer normativen Funktion und in der Psychologie sind Werte und Werthaltungen in der Handlungsdetermination einzelner Individuen bestimmend. Für die Pädagogik indes sind Fragen zu den Werten und der Wertvermittlung in Zusammenhang mit der Persönlichkeitsentwicklung von Bedeutung und in den Natur- und Ingenieurwissenschaften ist der Wertbegriff mit mathematischen, technischen oder medizinischen Grenzwertbestimmungen sowie mit Messungen und Analysen zur Bewertung bestimmter Zusammenhänge zu verbinden.

In dem nachfolgenden Kapitel soll zunächst auf die Bedeutung der Werte in ihrer allgemeinen orientierungsgebenden Funktion eingegangen werden (vgl. Kap. 2.1.2.1). Im Anschluss daran wird der Zusammenhang zwischen Werthaltungen, Motivation und Handeln aufgezeigt (vgl. Kap. 2.1.2.2). Abschließend wird die Bedeutung der Werte für die handlungsleitenden Orientierungen der Individuen in ihrer Handlungspraxis expliziert (vgl. Kap. 2.1.2.3).

2.1.2.1 Die Bedeutung der Werte in ihrer orientierungsgebenden Funktion

Obwohl in den jeweiligen Disziplinen der Begriff Wert auf differente Weise zur Anwendung gelangt, steht er dennoch in allen Bereichen als Ausdrucksmittel zur Verfügung, um „Gegebenes“ zu dokumentieren (Heyde, E. 1929, S. 31 ff.), das verschiedene Disziplinen eint und gleichzeitig eine Möglichkeit der Differenzierung anbietet. Hierin scheint der Wertbegriff sich in seiner Charakteristik darzustellen, indem sich sowohl objektiv-normative Vorstellungen und Inhalte als auch subjektiv-relative Inhalte miteinander in Verbindung bringen lassen. Dies ist offensichtlich der Grund, warum die Verunsicherungen in Zusammenhang mit der Verwendung des Wertbegriffes nachvollzogen werden können (vgl. Folke, W. 2001, S. 129 ff.). Bereits hier deutet sich an, dass der Wertbegriff in seiner orientierungsgebenden Funktion sowohl aus einer subjektiven als auch aus einer objektiven Perspektive betrachtet werden kann, die als gegensätzliche Orientierungs-

größen dargestellt werden. In der nachfolgenden theoretischen Analyse sollen die Diskurslinien beider Perspektiven abgebildet werden.

Objektiv-normative Dimension des Wertbegriffs

Der Wertbegriff vor dem Hintergrund seiner normativen Bedeutung lässt sich zurückführen auf den damit verbundenen Anspruch, etwas Normatives zum Ausdruck bringen zu wollen. Etwas, das sich nicht an „intersubjektiv geteilten Präferenzen“ oder subjektiver Neigungen und „Vorzugswürdigkeiten von Gütern“ orientiert, die als erstrebenswert gelten und realisiert werden können (vgl. Habermas, J. 1997, S. 311). Die Orientierung gilt vielmehr dem, was moralisch und ethisch bedeutungsvoll ist, wozu jedermann verpflichtet ist und auf das jedermann achten sollte (vgl. Folke, W. 2001, S. 132). Hierin begründet sich gleichermaßen ein objektiver Anspruch auf allgemeine Verbindlichkeiten, die sich nicht nur von subjektiven Präferenzen, sondern auch von geltenden gesellschaftlichen Konventionen abheben. Wenn auf Werte wie beispielsweise „Solidarität“, „Gemeinnutz“, „Freiheit“ und „Respekt“ verwiesen wird, reichen diese Werte weit über die subjektiven Präferenzen einzelner Individuen hinaus, sodass sie gleichzeitig einen objektiven Anspruch auf eine allgemeine Verbindlichkeit erheben. In diesem Verständnis dürfte davon ausgegangen werden, dass es sich bei moralischen Werten, wenn diesen eine allgemeine Gültigkeit mit verpflichtendem Charakter zugesprochen werden sollte, um normative Gegebenheiten handelt, die sich demnach sowohl von den subjektiven Präferenzen als auch von den geltenden gesellschaftlichen Konventionen abheben. In diesem Sinne bilden moralische Werte, die als normative Gegebenheit anerkannt werden, die Voraussetzung zur Motivation bestimmter Handlungsweisen (ebd.). Werte, die in diesem Zusammenhang als normative Größen fungieren, ziehen ein „Sollen“ in den Handlungen nach sich, weil eben eine bestimmte Wertentsprechung erreicht werden soll. Hierin kann den Werten ein konstitutiver Charakter zugesprochen werden, da die ethische Legitimität einer Entscheidung sich daraus ergibt, dass sie mit dem Wert übereinstimmt. Unter diesen Gesichtspunkten ist auch heute noch eine Verbindung mit der materialen Wertethik zu erkennen, obwohl man sich seinerzeit von dieser Orientierung distanziert hatte.

Der konstitutive Charakter von Werten kommt insbesondere immer dann zum Tragen, wenn es sich um sogenannte „Grundwerte“ oder „höchste Werte“ bzw. „letzte Werte“ handelt, die als „objektive Größen“ einen verbindlichen Anspruch an das Denken und Handeln der Menschen stellen. Diesem expliziten Anspruch liegt gleichermaßen eine implizite Voraussetzung zugrunde, die mit der Selbstverständlichkeit und unzweifelhaften Anerkennung von Werten hinsichtlich ihrer Existenz und ihres Anspruch einhergeht. Dabei entzieht sich diese Anerkennung

dem bewussten Zugriff (vgl. Folke, W. 2001, S. 132 f.). Werte tragen als normative Maßstäbe sowohl zur Handlungsorientierung als auch zur Handlungsrechtfertigung einzelner Individuen bei. Dies, indem sie das Handeln der einzelnen Individuen lenken, Entscheidungen über eine bestimmte Art und Weise des Handelns vorausschauend ermöglichen und indem sie dazu beitragen, Handlungen in ihrer Legitimität zu begründen (vgl. Lenk, H. 1994, S. 181). Aus dieser Perspektive eines normativen Maßstabs, so Folke, können drei Funktionen abgeleitet werden, die den Werten zukommen. Diese manifestieren sich in einer (1) *Orientierungs- bzw. Steuerungsfunktion*, einer (2) *Entlastungsfunktion* und einer (3) *Legitimationsfunktion* (vgl. Folke, W. 2001, S. 137).

(1) Zur Steuerungs- und Orientierungsfunktion der Werte

Der Soziologe Karl Heinz Hillmann (1986) ordnet den Werten eine eindeutige Steuerungs- und Orientierungsfunktion zu, indem er davon ausgeht, dass Menschen in ihren sozialen Kontexten auf ideale, normative Verhaltensmaßstäbe angewiesen sind, die schließlich den soziokulturellen Werten zugrunde liegen. Diese Grundlagen, so Hillmanns sind dem Menschen als natürliche Voraussetzung gegeben, die er weiterentwickeln und mit deren Hilfe er sein Handeln bewusst ausrichten kann. Hillmann beschreibt die „gegenseitige Durchdringung von Werten, Bedürfnissen, Motiven und Einstellungen“ als einen Prozess, der notwendig ist, um sich in der Welt zu orientieren. Dementsprechend ordnet er den Werten eine wesentliche Position zu, die in einem „interdependenten Verflechtungszusammenhang“ zu sehen ist und daher einen maßgeblichen Einfluss auf die soziokulturellen Handlungssteuerungen hat.

„Ohne das Vorhandensein von Werten als allgemeine Wegweiser für die individuelle Weltorientierung und als zentrale Stabilisatoren des sozialen Handelns, ohne Werte als außernatürliches, künstliches ‚Gegengewicht‘ gegenüber der organisch vorgegebenen Verhaltensunsicherheit und Unfertigkeit würden sich Menschen orientierungslos in einer chaotisch erscheinenden Welt vorfinden. Die mitmenschlichen Begegnungen wären dementsprechend anarchisch-ungeregelt, extrem verunsichert, einseitig gesteuert von un-sublimierten Vitalbedürfnissen und Antrieben. Durch das Fehlen eines biogenetisch vollständig programmierten Instinktapparates könnten Menschen ohne soziokulturelle Werte keine stabilen sozialen Beziehungen aufbauen und aufrechterhalten.“ (Hillmann, K. H. 1986, S. 60)

Aus pädagogischer Perspektive bringt der Sozialpädagoge Hermann Giesecke (2005) die Orientierung an Werten in einen Zusammenhang der Sinnerfahrung und beschreibt diesen mit den nachfolgenden Worten:

„Aber auch diejenigen Werte, die jeweils individuell angestrebt werden, ergeben nur einen Sinn, wenn sie wenigstens im Prinzip mit anderen geteilt werden, sonst vermag niemand zu erkennen, dass man mit seinem Handeln einen bestimmten Wert verfolgt, und dann würde auch das Handeln selbst ins Leere laufen – niemand würde es verstehen. Im Grunde kann man von Werten nur im Sinne dieses kol-

lektiven Bezugs sprechen, so individuell das Handeln auch orientiert sein mag. Ohne diesen Bezug droht das Handeln ins Leere zu laufen, keinen Partner zu finden“ (Giesecke, H. 2005, S. 33).

Auch in der theoretisch wie empirisch viel zitierten Wertdefinition Clyde Kluckhohns (1951), auf die in diesem Zusammenhang am häufigsten zurückgegriffen wird, wird den Werten eine soziokulturelle Steuerungsfunktion zugewiesen, indem Werte eine Zuschreibung erfahren, die eine implizite Auffassung des Wünschenswerten in der Begegnung der Individuen untereinander oder in der Begegnung von Gruppen erkennbar macht. Hierzu steht eine Auswahl von verfügbaren Handlungsweisen bereit (vgl. Kluckhohn, C. 1951, S. 395). Dennoch bleibt im Rahmen dieser Ausführungen offen, wie genau das Wünschenswerte definiert ist und worauf sich eine Möglichkeit der Allgemeingültigkeit begründen ließe. Ungeklärt bleibt ebenfalls, woraus hervorgeht, warum der Mensch sich an diesem und nicht an einem anderen Wert orientieren sollte.

(2) Zur Entlastungsfunktion der Werte

Dadurch, dass Werte dazu dienen, sowohl den „Unterscheidungsdruck“ als auch den „Entscheidungsdruck“ einzudämmen, tragen sie aus der anthropologischen Perspektive eine relevante „Entlastungsfunktion“ in sich. Dies, indem mit den Werten ideale Maßstäbe des Verhaltens in Verbindung gebracht werden, die in ihrem objektiven Anspruch meist als selbstverständlich oder natürlich erachtet werden. Vor diesem Hintergrund bieten sie ein hinreichendes Maß zur Einschätzung des wechselseitigen sozialen Verhaltens, das eine entscheidende Grundlage für eine gelingende gesellschaftliche Zugehörigkeit darstellt (vgl. Hillmann, K. H. 1986, S. 61). Hierin, so Habermas, findet die „Attraktivität von Werten“ ihre Begründung, indem die Individuen sich in ihrem Verhalten darauf einstellen können, wie sich das menschliche Miteinander innerhalb der jeweiligen Kulturen an deren gemeinsamen Vorstellungen von dem Guten oder Wünschenswerten gestaltet. Verschiedene Werte können hier um eine sogenannte Vorrangstellung konkurrieren und insofern sie innerhalb einer Kultur oder einer speziellen Lebensform eine intersubjektive Anerkennung finden, können sie „flexible und spannungsreiche Konfigurationen“ erzeugen (vgl. Habermas, J. 1997, S. 311). Indem der Mensch einschätzen kann, was ihn erwartet, wenn sich das gemeinsame Verhalten innerhalb einer sozialen Gemeinschaft an gewissen gemeinsamen Vorstellungen des Guten (Wünschenswerten) orientiert, tritt für die Individuen eine Entlastungssituation ein. Dies geschieht dadurch, dass Werte eine selektive, zielgerichtete Organisation der Wahrnehmung und des Denkens ermöglichen und somit eine soziokulturell angepasste Ausrichtung der Emotionalität gewährleisten. Hierdurch ist der Mensch geschützt vor anspruchsvollen und flexiblen Entscheidungsanforderungen. Aus der soziologischen Perspektive bieten Werte in diesem Zusammenhang ein hinreichendes Maß an Berechenbarkeit und Erwartungssicherheit in

den aufeinander bezogenen Handlungen, was eine entscheidende Voraussetzung für die gesellschaftliche Integrität und Stabilität bedeutet.

Allerdings trägt die Selbstverständlichkeit, die im Umgang mit den tradierten Werten vorliegt, entscheidend zur fehlenden Reflexion der Werte bei und führt dazu, dass sie weitestgehend unbewusst bleiben (vgl. Hillmann, K. H. 1986, S. 56 ff.). Ein Fehlen an gemeinschaftlich geteilten Werten würde indes dazu führen, dass sich die menschlichen Handlungen in einer Art Unberechenbarkeit verlieren.

„Werte erweisen sich somit als das entscheidende Fundament für das sinnvoll koordinierte, aufeinander abgestimmte und wechselseitig berechenbare soziale Handeln.“ (Hillmann, K. H. 1986, S. 55)

In diesem Sinne trägt ein an gemeinsam geteilten Werten orientiertes Vorgehen einen wesentlichen Beitrag zur Harmonisierung der beteiligten Individuen in den Gruppen bei, dass sie durch die Reduktion von Spannungen jeweils eine psychische Entlastung erfahren. Die Voraussetzung dafür, dass den Werten eine solche Entlastungsfunktion zukommen kann, liegt in der Anerkennung einer allgemeinen Verbindlichkeit. Dies, da nur dann, wenn sich alle beteiligten Mitglieder einer Gesellschaft oder Gruppe – zumindest jedoch ein großer Teil – mit den gemeinsamen Werten identifizieren kann, eine solche Entlastungsfunktion individuell und auch kollektiv zur Entfaltung kommt. An dieser Stelle, so Folke ist die Frage zu berücksichtigen, inwiefern sozialkulturelle Werte in der Lage sind, eine hier beschriebene Verbindlichkeit zu erzeugen (vgl. Folke, W. 2001, S. 141).

(3) Zur Legitimationsfunktion der Werte

Weiterhin dienen Werte in ihrer Funktion auch zu einer prospektiven wie retrospektiven Rechtfertigung von Handlungen, indem die handelnden Akteure sich in ihrer Rationalisierung gegenüber ihrem eigenen Handlungsvorgehen auf ihre Wertorientierung als Bezugspunkt berufen. Hierbei vollzieht sich die Rationalisierung in zweierlei Hinsicht. Einerseits dient sie einer differenzierten Darstellung und Erläuterung, um das eigene Handeln näher zu beschreiben und um ein besseres Verständnis für die vorgenommene Handlung zu erwirken. Andererseits dient sie in einer Art ideologischer Funktion dazu, das eigene Interesse und das eigene Engagement gegenüber einer Handlung durch den eigenen, individuellen Bezug zu einem bestimmten Wert, demgegenüber sich der Akteur verpflichtet fühlt, zu untermauern (vgl. Folke, W. 2001, S. 142 f.). Die Bezugnahme auf Werte in ihrer Legitimationsfunktion reicht über die individuellen und kollektiven Handlungen hinaus. Sie berührt auch die Ebene der Rechtfertigungen der unterschiedlichen Interessenslagen verschiedener Politikbereiche und der damit verbundenen Aushandlungen

von Machtinteressen und Machtverhältnissen. In diesem Zusammenhang dient die Umwertung von Werten der Sicherung von neuen Machtpositionen (vgl. Hillmann, K. H. 1986, S. 73). Sowohl in den Feldern der Politik, der Ökonomie als auch im Bereich der Religion dokumentieren historisch begründete Ereignisse die Wirkung davon, wie sich unter dem Vorwand zur Umsetzung sogenannter höherer Werte Ideologien durchsetzen, die Terrorismus, Rassismus und ganze Völkermorde versuchten zu legitimieren. Sie haben unter dem Vorwand eines Ideals ihre Werte für ihre jeweiligen Zwecke missbraucht. Auch hier sei kritisch anzumerken, ob das Böse, was sich hier vollzog, nicht implizit unter der Berufung einer Handlung zugunsten der Zuzielung höherer Werte, in dieser Form der „Überzeugung und Leichtigkeit“, vollzogen werden konnte (vgl. Folke, W. 2001, S. 143 ff.).

2.1.2.2 Werthaltungen, Motivation und Handeln

Um die Verbindung der Werte mit dem Berufsverständnis der Pflegenden und deren Handlungsorientierungen näher zu erfassen, soll der Wertbegriff im weiteren Verlauf vor allem aus der psychologischen Perspektive näher beleuchtet werden, da in der psychologischen Disziplin die Werthaltungen der Individuen als Synonym für ihre Wertorientierung verwendet werden. Vor diesem Hintergrund können Werthaltungen als Grundlage zur Herausbildung eines beruflichen Ethos angenommen werden. Obwohl die psychologische Wertforschung die beiden Begriffe Werte und Werthaltungen synonym verwendet, bestehen zwischen beiden Begriffen dennoch leichte Differenzierungen (vgl. Harder, P. 2014, S. 90).

Im Anschluss an die vorangegangene Beschreibung der Dimension von Werten (vgl. Kap. 2.1.2.1) soll zur weiteren Erfassung der Wertdimensionen im Folgenden auf die subjektive Dimension der Werte näher eingegangen werden. Die subjektive Dimension von Werten kommt vor allem in einer bevorzugten Wahl für das zum Ausdruck, für das sich ein Individuum durch seine subjektive Wertvorstellung und seine persönlichen Präferenzen entscheidet. In dieser subjektiven Deutung des Wertbegriffes durch die jeweiligen Individuen erfolgt ein dynamisches Geschehen, das sich gerade hierdurch von der objektiven Bedeutung des Wertbegriffes mit seinem statischen Charakter unterscheidet.

Die Einflussfaktoren menschlicher Wertung hängen mit einer Vielfalt von Faktoren zusammen, die von einer pragmatischen Zweckdienlichkeit, einem Interesse oder einem Bedürfnis bestimmt sind und dazu veranlassen, bestimmten Objekten einen besonderen Wert beizumessen, da diese mit der Befriedigung und Erfüllung der subjektiven Bedürfnisse in Verbindung gebracht werden (vgl. Folke, W. 2001, 146 ff.). In dieser Form der individuellen Werthaltungen sind nach

Kluckhohn, C. (1951) Werte als „charakteristische Konzeptionen des Wünschenswerten“ definiert, die sowohl die Art einer Handlung als auch Mittel und Ziel einer Handlung determinieren (vgl. Six, B. 2014).

„A value is a conception, explicit or implicit, distinctive of an individual or characteristic of a group, of the desirable which influences the selection from available modes, means and ends of action.“ (Kluckhohn, C. 1951, S. 395)

Hierbei können sowohl kognitive als auch emotionale Bedürfnisse als Motiv zur Entwicklung einer Werthaltung vorliegen. Der Sozialpsychologe Milton Rokeach (1973) geht davon aus, dass eine Person nur über eine geringe Anzahl von Werten verfügt und dass sich aus interkultureller Perspektive lediglich geringfügige Unterschiede in den Werten der Individuen unterscheiden lassen. Ferner weist er darauf hin, dass Werte sich sowohl durch gesellschaftliche als auch kulturelle Bezugsrahmen generieren und sich so zu ganzen Wertsystemen ausbilden. Darüber hinaus fasst er zusammen, dass Werte individuelle Bezüge aufweisen und sich so in allen sozialwissenschaftlichen Gebieten der Forschung finden lassen (vgl. Rokeach, M. 1973, S. 3). Rokeach postuliert, dass Werthaltungen eine Komponente der Motivation in sich tragen, da man sie mit dem Erreichen einer Endsituation in Verbindung bringt (vgl. Rokeach, M. 1973, S. 7). Insofern sind Werthaltungen motivierend und werden dann relevant für das Handeln, wenn sie bewusst gemacht werden und so über den bewussten Willen des Menschen zentral gestellt werden, indem der Mensch beispielsweise etwas ganz Bestimmtes erreichen, durchsetzen oder umsetzen will (vgl. Graumann, C. F., Willig, R. 1983, S. 354).

Der israelische Sozialpsychologe und interkulturelle Forscher Shalom Schwartz (1992) entwickelte im Rahmen seiner Studien eine Theorie zu der Universalität menschlicher Werte, die in den Fragen zur Forschung von Werthaltungen große Anerkennung findet. Unter „The Nature of Values“ beschreibt er sechs Hauptfunktionen der Werte. Hierin sind Werte als Sichtweisen und Überzeugen zu sehen, die von emotionaler Bedeutung sind. Das heißt, sobald Werte aktiviert werden, finden sie entweder Anerkennung oder sie stoßen auf Ablehnung. Des Weiteren motivieren Werte das Handeln, da sie das Handeln auf bestimmte Ziele ausgerichtet sein lassen oder selbst das Ziel des Handelns sind. Werte reichen über die jeweils einzelnen Aktivitäten und Situationen hinaus, sodass sie sich darin von eng gefassten und standardisierten Normen, die sich auf konkrete Handlungen beziehen, unterscheiden. Werte prägen die Wahl der jeweiligen Handlungen und sind darüber hinaus hierarchisch geordnet (vgl. Schwartz, H. Sh. 2007, S. 170 f.). In einer ähnlichen Weise spricht der Sozialpsychologe Erich Witte (1994) den Werthaltungen eine affektive Steuerungsfunktion zu und verbindet mit den Werthaltungen eine sozial geteilte Konstruktion

der Wirklichkeit, die der Begründung der Handelnden dient (vgl. Witte, E. H. 1994, S. 405). Sowohl einzelne Individuen als auch Gruppen der Gesellschaft überführen dabei die konstruierten Werte in ihre individuellen „Richt- oder Normgrößen“, sodass Werthaltungen zu einem individuellen Wertesystem zusammenlaufen. In der Zusammenfassung sind Werthaltungen als individuelle Ausdrucksformen des Wertens zu bezeichnen, indem etwas oder jemandem ein Wert beigegeben wird (vgl. Harder, P. 2014, S. 94 f.).

Margret Scholl-Schaaf (1975) geht in ihrer Auseinandersetzung mit der Verwendung des Wertkonzeptes in der Sozialpsychologie von folgender Schlussfolgerung aus:

„Werte sind Präferenzmodelle, die zwischen primär emotional bestimmten Subjekten und von diesen selektierten Weltausschnitten gelten und zwar allgemein“ (Scholl-Schaaf, M. 1975, S. 60).

In diesem Sinne werden Werte durch sowohl kognitive als auch affektive Selektionsprozesse der Individuen selbst herausgebildet, mit der sie in reflektierender Weise Bezug zu ihrer Umwelt aufnehmen. Demnach werden Werthaltungen als „erworbene und zentrale Dispositionen“ von den Wertungen der Subjekte abgeleitet. Sie konturieren sich aus den internalisierten Präferenzmodellen, die durch die Individuen gesetzt werden und erfahren vor dem Hintergrund ihrer „Weltausschnitte“ eine allgemeine Gültigkeit (vgl. Scholl-Schaaf, M. 1975, S. 63 ff.). Die jeweiligen Wertungen orientieren sich dabei in allen Lebensbereichen daran, was von den Individuen entweder als „gut oder schlecht“, „wünschenswert oder unerwünscht“ und als „schön oder hässlich“ angenommen wird. Hierdurch geht letztlich jedem Verhalten des Menschen ein implizites Werterleben voraus, das stets eine Wertung/Entscheidung zwischen dem „Wertvollen“ und „Wertlosen“ vornimmt. Diese verschiedenen Maßstäbe sind häufig der Grund für die entstehenden Konflikte (vgl. Graumann, C. F., Willig, R. 1983, S. 316). Werthaltungen wirken demnach insofern motivierend und werden für die Handlungen der Individuen relevant, wenn sie innerhalb einer konkreten Situation bewusst gemacht werden.

Die Autoren Heckhausen/Heckhausen (2006) unterscheiden drei wesentliche Aspekte, die zur Motivation beitragen. Diese drei Arten von personenbezogenen Faktoren sind:

- Universelle Verhaltenstendenzen und Bedürfnisse;
- Motivdispositionen (implizite Motive), die einzelne Individuen von anderen unterscheiden und
- Zielsetzungen (explizite Motive), die eine Person gefasst hat und verfolgt.

Die Autoren definieren „Universelle Verhaltenstendenzen“ und Bedürfnisse dabei als elementare psychische Bedürfnisse. Diese stehen vor allem eng in Zusammenhang mit einem Streben nach Wirksamkeit, das verschiedenen Motiven zugrunde liegt. „Implizite Motive“ definieren sie als emotional motivierte Präferenzen, die sich in der frühen Kindheit als „habituelle Bereitschaften“ gebildet haben, um sich immer wieder mit bestimmten Reizen auseinanderzusetzen. Im Unterschied hierzu grenzen sie explizite Motive als „Selbstbilder“, „Werte“ und „Ziele“ ab, welche die Person sich selbst zuschreibt (Heckhausen, J.; Heckhausen, H. 2006, S. 3 f.). In Anlehnung an Ladenthin (2008) kann zusammenfassend davon ausgegangen werden, dass jedes handelnde Individuum grundsätzlich Werte realisiert. Dennoch bietet die empirische Perspektive noch keine ausreichende Einschätzung zur Erfassung eines Wertekonzepts, das über eine subjektive Einschätzung der Bedeutung von Werten und Werthaltungen hinausreichen würde³. Dennoch sind Wertentscheidungen existenzielle Entscheidungen, die offensichtlich von vielen Personen nicht bewusst mit ihrer Existenzfrage verbunden werden. Vielfach werden sie erst dann bewusst, wenn bestimmte Werte (bsp. „Ehrlichkeit“, „Ordnung“) bedroht sind (vgl. Hartmann, K. D. 1979, S. 210). Insgesamt dienen Werte dazu, das Handeln zu steuern, indem sie als Maßstab für die Beurteilung von Handlungszielen herangezogen werden. Hierbei kann die Verwirklichung bestimmter Werte selbst als übergeordnetes Handlungsziel – beispielsweise im Rahmen der Lebensgestaltung – angenommen werden (ebd.). Dennoch so Hull (1944) ist davon auszugehen, dass jede „anspruchsvolle Handlungstheorie“ implizit von Werthaltungen getragen ist, unabhängig davon, ob der Wertbegriff ausdrücklich expliziert wird oder nicht (vgl. Harder, P. 2014, S. 112 f.).

Zur soziologischen Perspektive des Wertewandels

Ausgehend von der Annahme, dass mit dem gesellschaftlichen Wandel und den globalen Veränderungen traditionelle Werte eine Veränderung erfahren, soll in diesem Kontext nicht versäumt werden, auch aus der soziologischen Perspektive auf den Begriff des Wertewandels einzugehen.

Der Begriff des Wertewandels wird in der aktuellen gesellschaftlichen Debatte immer wieder thematisiert. Auch in der sozialwissenschaftlichen Forschung wird seit Ende der 1960er-Jahre ein Wertewandel angedeutet, der in engem Zusammenhang mit dem Verlust der „Tugenden des bür-

³ Die derzeitige Wertforschung zeichnet sich durch eine Fülle von Publikationen und Datenauswertungen aus. Sie stößt auch im 21. Jahrhundert auf ein großes Interesse, das die European Value Study (EVS) mit ihren kontinuierlichen Werterhebungen unter Beweis stellt (vgl. Harder, P. 2014, S. 113). Im Rahmen dieser Studie soll vor dem Hintergrund dieser Fülle an Datenmenge daher nicht näher auf die empirischen Studien mit ihren ausgewählten Studienergebnissen über die Werte und Werthaltungen eingegangen werden.

gerlichen Zeitalters“ und dem Verlust der Bedeutung traditionell bürgerlicher Werte in Verbindung gebracht wird. Hiermit zusammenhängend geht eine Verlagerung von „Pflicht- und Akzeptanzwerten“ (bspw.: Disziplin, Gehorsam, Pünktlichkeit etc.) zu Gunsten von Selbstentfaltungswerten (bspw.: Emanzipation, Abwechslung, Partizipation etc.) einher (vgl. Harder, P. 2014, S. 96 f.). Giesecke (2005) geht davon aus, dass das, was in den gesellschaftlichen Debatten immer wieder neu als Werteverlust oder Wertezerfall beklagt wird, allenfalls als Wertewandel bezeichnet werden kann. Dies vor allem deswegen, da grundsätzlich angenommen werden kann, dass die kollektive Bedeutung der Werte für ein soziales Zusammenleben und das soziale Handeln – zumindest aus langfristiger Sicht – unvermeidbar ist (vgl. Giesecke, H. 2005, S. 45 f.). Die soziologische Forschung zum Thema Wertewandel wurde maßgeblich durch Ronald Inglehart (1979) geprägt, dessen Untersuchungen einen hohen Stellenwert in der Wertewandelforschung einnehmen. Er geht von grundsätzlich zwei Hypothesen aus:

1. Mangelhypothese: Die Prioritäten eines Individuums sind hauptsächlich durch seine sozioökonomische Umwelt geprägt. Daher werden gerade die Dinge besonders geschätzt, die verhältnismäßig knapp sind.
2. Sozialisationshypothese: Die Grundwerte einer Person bilden sich vor allem während der Jugendzeit in Abhängigkeit von seinem sozialen Umfeld. Im Anschluss daran bleiben sie unverändert auch dann, wenn sich das soziale Umfeld ändert (vgl. Inglehart, R. 1979 S. 280).

Trotz des empirisch nachgewiesenen Wertewandels, so Oldemeyer (1979), kann von einem stabilen Kern, einem „stabilen Minimalkanon“ von Orientierungswerten ausgegangen werden, der bereits in den Hochkulturen formuliert und verbindlich eingehalten wurde. Dieser manifestiert sich vor allem in drei stark „wertbesetzten Bereichen“ menschlicher Existenz. In der „leiblichen Unversehrtheit“, in dem „Respekt vor fremden Eigentum“ sowie in dem „Erhalt des gegenseitigen Grundvertrauens“. Darüber hinaus geht es um den „Respekt vor definierten Handlungsfreiräumen aller mündigen Personen“ sowie einem nachhaltigen „Schutz“ gegenüber der „Natur“ (vgl. Oldemeyer, E. 1979, S. 602). Dennoch ist ein Wertewandel zu konstatieren, welcher eng mit den grundsätzlichen individuellen und gesellschaftlichen Bedürfnissen, Interessen, Normorientierungen und Sinnsystemen verbunden ist. All diese Aspekte können im Kontext historischer Entwicklungen und Veränderungen prinzipiell einer Wandlung unterlegen sein (vgl. Oldemeyer, E. 1979, S. 601). Somit gelten Werte als handlungsleitende aber auch als wandelbare Orientierungen einer Kultur, die das Handeln begründen und die sowohl Sicherheiten als auch Gefährdungen beeinflussen. Normen begrenzen und sanktionieren das Handeln und schützen die Werte, die in einer Gemeinschaft besonders hoch eingeschätzt werden, indem sie Übertretungen sanktionieren

und einen Rahmen für individuelle und an persönlichen Werten orientierte Handlungen bilden (vgl. Giesecke, H. 2005, S. 32).

In der Auseinandersetzung mit den Werthaltungen, der Motivation und dem menschlichen Handeln kann festgestellt werden, dass neben der Annahme einer objektiven Gültigkeit universaler Werte in unterschiedlichen Forschungsansätzen vor allem der Psychologie, eine subjektive Dimension der Werterfassung in den Diskursen näher beschrieben wird. Diese subjektive Dimension von Werten drückt sich vor allem in einer bevorzugten Wahl subjektiver Wertvorstellung und persönlichen Präferenzen der Individuen aus. Dennoch zeichnet sich ab, dass beiden Wertdimensionen sowohl die objektive als auch die subjektive Dimension einer Handlungstheorie des Menschen zugrunde liegen. Hiermit ist davon auszugehen, dass die Berücksichtigung objektiver Werte in ihrer Universalität wie Respekt, Schutz vor dem privaten Eigentum, Gerechtigkeit und das Bedürfnis nach leiblicher Unversehrtheit als ein verbindlicher „Minimalkanon“ von Orientierungswerten empfunden wird, die für die Beständigkeit dieser Handlungsorientierung von Bedeutung sind. Gleichzeitig weisen auch die subjektiven Präferenzen der Individuen in ihrer individuellen Vielfalt, ihrer Diversität und Dynamik eine existenzielle Dimension auf, die ihren Gestaltungsraum sucht. Hier stellt sich die Frage, in welchem Verhältnis beide Wertdimensionen zueinander stehen? Beide Perspektiven, sowohl die Anerkennung einer Axiologie bestehender universaler, objektiver Werte als auch die Perspektive der subjektiven Wertdimension können als Werthaltungen für die Motivation und das Handeln in einen vernünftigen, logischen und sinngebenden Zusammenhang gebracht werden. Dies ist vor allem dann gegeben, wenn die Rangordnung der Werte Anerkennung findet. Das bedeutet, dass dem Handeln des Menschen stets eine reflektierende Prüfung der Wertpriorität vorausgehen sollte, die er in der Absicht trifft, in der gegebenen Situation das jeweils Gute anzuerkennen. Vor allem auch dann, wenn er dafür seine subjektive Präferenz in den Hintergrund stellen müsste. Diese Entscheidung käme der Wahl für eine moralisch und ethisch vertretbare Haltung nahe. In dem nachfolgenden Unterkapitel soll auf die Bedeutung der Rangordnung der Werte für die Handlungspraxis näher eingegangen werden.

2.1.2.3 Die Bedeutung von Werten für die Handlungspraxis

In dem nachfolgenden Unterkapitel soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern das individuelle Wertsystem mit der unmittelbaren Handlungspraxis in Verbindung steht. Hierzu wird im Folgenden auf die prominenten Ausführungen von Smelser (1972) zurückgegriffen, der als handlungstheoretischer „Grundlagenklassiker“ eine dezidierte Ausführung zur Vermittlung von Werten und Handlungen herausgearbeitet und damit eine Grundsatzunterscheidung für die Betrachtung

tung zweckgerichteten sozialen Handelns vorgenommen hat. In der Diskussion um die Grundkomponenten des sozialen Handelns bezieht sich Smelser dabei auf profunde soziologische Wissensbestände der vergangenen 100 Jahre in Europa und Amerika, die insbesondere auf Arbeiten von Talcott Parsons und Edward Shils zurückgehen (vgl. Smelser, N. J. 1972, S. 43).

„Die Theorie des Handelns betrachtet das Verhalten lebender Organismen als Tun, das auf das Erreichen von Zielen in Situationen gerichtet ist, und zwar vermittelt normativ regulierter Verausgabung von Energie.“ (Smelser, N. J. 1972, S. 43)

Hierbei, so Smelser, sind vier wesentliche Punkte bei der näheren Begriffsbestimmung des Handelns zu beachten:

1. Verhalten ist auf das Erreichen von Zwecken oder Zielen oder anderer antizipierter Zustände gerichtet;
2. es findet in Situationen statt;
3. es ist normativ reguliert;
4. es gehört dazu Verausgabung von Energie oder Anstrengung im Rahmen von Motivation (die mehr oder weniger unabhängig von ihrer Anwendung beim Handeln organisiert sein kann) (Smelser, N. J. 1972, 43 f.).

Die vier Grundkomponenten des sozialen Handelns fasst Smelser nachfolgend zusammen:

1. die generalisierten Ziele oder Werte, die für zweckgerichtetes soziales Handeln die allgemeinsten Leitlinien bilden;
2. die verbindlichen Regeln, die das Verfolgen dieser Ziele leiten, Regeln, die in den Normen zu finden sind;
3. die Mobilisierung individueller Energie zur Erreichung der definierten Ziele im Rahmen der gesetzten Normen;
4. die in einer Situation verfügbaren Ressourcen, die der Akteur als Hilfsmittel benutzt (Smelser, N. J. 1972, S. 43 f.).

Ausgehend von Smelsers Differenzierung der Grundkomponenten sozialen Handelns sind demnach Werte als allgemeinste Komponenten des sozialen Handelns zu verstehen, welche die gewünschten Endzustände bezeichnen. Zur Realisierung von Werten müssen demnach unterschiedliche Regeln aufgestellt werden, die wesentlich dazu beitragen, dass ein präferiertes Werte-

system überhaupt erst realisiert werden kann. Obwohl mit der Einführung von Regeln eine mögliche Einschränkung verbunden ist, welche die Anwendungsbereiche der generellen Werte begrenzen können, sind Normen in ihrer Beschreibung spezifischer als Werte, da sie als Ordnungsprinzipien fungieren, die die Verwirklichung von Werten ermöglichen. Insofern tragen Normen dazu bei, dass die Wertvorstellungen der Kultur eines Gesellschaftssystems durch konkretes Handeln der jeweiligen Teilbereiche und Einheiten in einer Wechselbeziehung integriert werden. Auf der nächsten, untergeordneten Stufe, der dritten Stufe der „Mobilisierung der Motivation zu organisiertem Handeln“ werden Handlungen konkreten Rollen zugeordnet und so in Organisationen eingefügt, da die Definition von Werten und Normen alleine noch nicht dazu ausreicht, um die Art und Weise der Organisation menschlichen Handelns zu bestimmen. In ihrer Funktion vermitteln sie lediglich allgemeine Zielsetzungen und Regeln, die der Verfolgung von grundsätzlichen Zielen dienen. Sie beschreiben aber weder die „treibenden Kräfte“, die zur Zielverfolgung von Bedeutung sind, noch wie die verantwortlichen Personen, welche diese Handlungen umsetzen, belohnt werden. Auf der untersten, vierten Stufe schließlich werden die „verfügbaren Mittel“ und Ressourcen als letzte Komponente sozialen Handelns erörtert, da sie entweder zur Unterstützung der Zielerreichung beitragen können oder Hindernisse bei dem Erreichen konkreter Ziele in Organisationen darstellen. In diesem Zusammenhang spricht Smelser von dem Begriff der „verfügbaren Mittel“, indem sich das Wissen der Handelnden auf den gesamten Kontext „von Gunst und Ungunst der Umweltbedingungen“ bezieht, in welchem auch das Wissen um die eigenen Fähigkeiten in der Beeinflussung dieser Umwelt einbezogen ist. Diese Ebene der verfügbaren Mittel schließlich trägt entscheidend zur Einschätzung einer Situation und der Möglichkeit des Handelns bei und bestimmt die Möglichkeit und daher den Akt des Handelns deutlich mit (vgl. Smelser, N. J. 1972, S. 44 ff.).

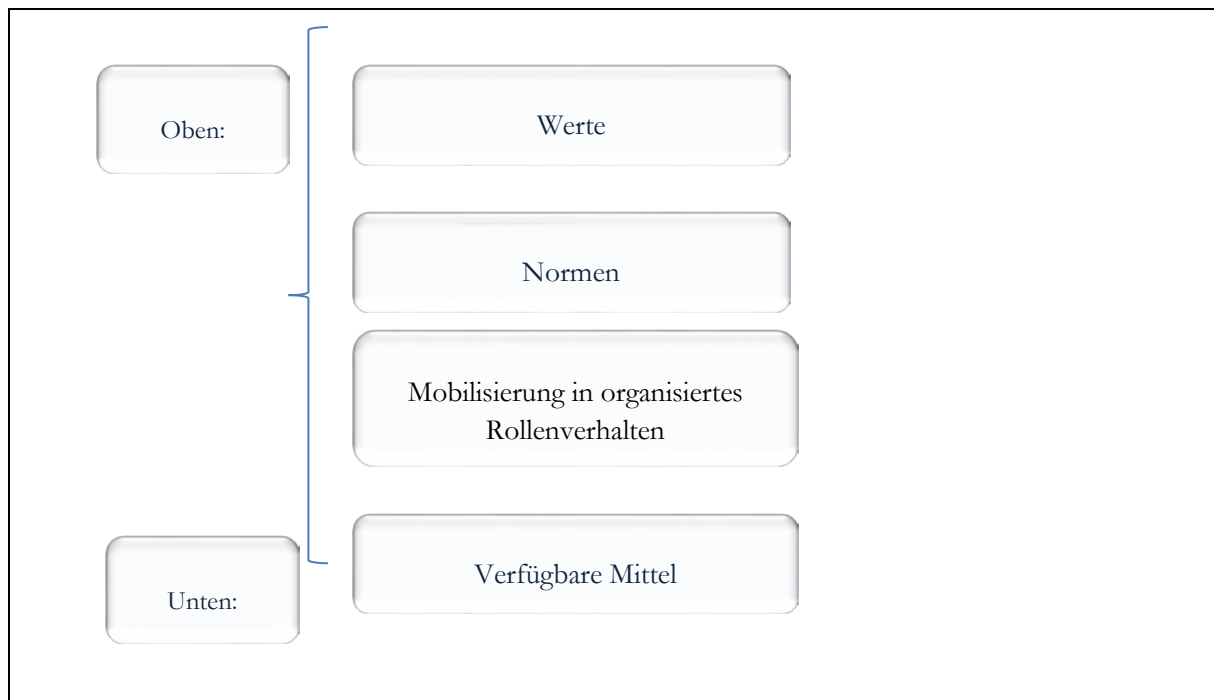


Abbildung 1: Rangordnung der Komponenten des sozialen Handelns

Quelle: eigene Darstellung nach Smelser (1972, S. 51)

Vor diesem Hintergrund der Rangordnung der Komponenten des sozialen Handelns und der vier Grundkomponenten des Handelns nach (Smelser 1972, S. 48 ff.) begründet sich in der vorliegenden Studie die Frage danach, welche Werte auf der allgemeinsten Ebene die Handlungen der Pflegenden legitimieren sollten. Hieran schließt sich die Frage an, welche Normen die Handlungen in den Einrichtungen koordinieren und frei halten von Konflikten und Spannungsfeldern sowie die Frage, wie die Handlungen in den jeweiligen Rollen innerhalb einer Organisation eingefügt sind. Schließlich ist die Frage nach den Hilfsmitteln, die den Pflegenden zur Einschätzung einer Situation im Gesamtkontext zur Verfügung stehen, relevant, da sie das Handeln im Wesentlichen mitbestimmen.

In den vorangegangenen Kapiteln wurde die Bedeutung der Werte in ihrer orientierungsgebenden Funktion sowohl aus einer objektiven als auch aus einer subjektiven Dimension näher beleuchtet und die Werthaltungen in ihrem Zusammenhang mit der Motivation der Handelnden beschrieben. Im Anschluss daran konnte mit der Beschreibung der vier Grundkomponenten Smelsers zur Umsetzung der Werte in die Handlungspraxis eine anerkannte Grundlage beschrieben werden, die der Konkretisierung und Umsetzung sozialen Handelns dient. In einem nächsten Schritt soll in dem nun folgenden Kapitel auf die theoretischen Aspekte der pflegerelevanten Wertperspektive eingegangen werden.

2.1.3 Theoretische Aspekte pflegerischer Werthorizonte

Mit Blick auf die Auseinandersetzung der vorliegenden Arbeit bezüglich der Bedeutung der Ökonomisierung in der vollstationären Langzeitpflege und deren Folge für die Versorgungspraxis soll im Folgenden erörtert werden, inwiefern das individuelle wie kollektive Wertsystem von Pflegenden mit ihrer unmittelbaren sozialen Handlungspraxis in Verbindung steht. Hierzu werden theoretische Aspekte pflegerischer Werthorizonte aggregiert, die als berufsethische Implikationen und Werthaltungen dem Ethos der Pflegenden zugrunde liegen (vgl. Kap. 2.1.3.1) und die Werthaltung der berufsethischen Standpunkte abbilden (vgl. Kap. 2.1.3.2). Mit dem letzten Unterkapitel soll die Menschenwürde als gemeinsamer Fluchtpunkt pflegerischer Werthorizonte in ihrer Bedeutung für die Gestaltungs- und Versorgungspraxis der Pflege in den Langzeitpflegeeinrichtungen entfaltet und in ihrer ethischen Universalität zur Orientierung einer „guten Pflege“ vorausgesetzt werden (vgl. Kap. 2.1.3.4).

Hierzu liegen unterschiedliche Theoriebildungen zu einer wertorientierten Pflege vor, indem zwischenmenschliche Zuwendung und Fürsorge als Grundwerte (Watson) anerkannt und für die pflegerische Handlungspraxis vorausgesetzt werden. Ein solch wertorientiertes Verständnis der Pflege kann als grundlegende Orientierung und Haltung für eine gelingende Versorgungspraxis in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege verstanden werden. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass dieses Wertverständnis als ebensolches in einem engen Zusammenhang mit den berufsethischen Implikationen und Werthaltungen der Pflegenden steht.

2.1.3.1 Berufsethische Implikationen und Werthaltungen

Wie bereits vorangestellt (vgl. Kap. 2.1.2) erarbeitet, sind Werte in ihrer orientierungsgebenden Funktion gleichzusetzen mit der Werthaltung eines Individuums, die ihm Motivation zu seiner handlungsleitenden Orientierung bietet. In diesem Zusammenhang bilden sie auch die Grundlage eines jeden Berufsethos. Hierin schließen sich Menschen zu einer Berufsgruppe zusammen und entwickeln gemeinsame Wertorientierungen, die sie in Leitlinien über das damit erwünschte Handeln für die Handlungspraxis zusammenfassen. Engfer (1999) spricht in diesem Zusammenhang von einer Art Weltanschauung, welche die aktuelle Weltsicht eines Individuums und darüber hinaus die Weltsicht einer Gruppe oder einer Gesellschaft mit den dazu gehörenden wesentlichen Aspekten konstituiert. Im Mittelpunkt dieser Weltsicht stehen Fragen nach dem „*Woher, Wozu, Wohin*“ von Leben und Welt, die in jeder Kultur gestellt werden, da sie ohne einen solchen Orientierungsrahmen nicht auskämen. In der individuellen Auseinandersetzung mit diesen Fragen ist das Individuum auf einen gemeinschaftlichen Dialog angewiesen (vgl. Engfer, D. 1999, S. 21 f.).

Individuelle sowie gruppenspezifische Werte beziehen sich dabei grundsätzlich auf kulturelle, gesellschaftliche sowie institutionalisierte Werthaltungen von gesellschaftlichen Organisationen, in denen die Werthaltungen schließlich zur Gestaltung kommen und ihren Ausdruck finden (vgl. Harder P. 2014, S. 126 f.; vgl. Kap. 2.1.2.3).

Die Variationsvielfalt gesellschaftlicher und individueller Werthierarchien, die sich in den jeweiligen Kulturen unterscheiden, können prinzipiell als spezifische Aspekte eines kulturabhängigen Sozialisierungsprozesses gesehen werden. In dieser Folge entsteht auch eine berufsspezifische Professionalisierung, in der berufsgruppentypische Wertmuster zusammengetragen werden, die sich zu einem Berufsethos verdichten lassen. Diese – auch für den Beruf der Pflegenden angenommenen spezifischen Werte – fließen zu einem Berufsethos zusammen und werden ggfs. schriftlich niedergelegt⁴. Hierbei kann sich das Berufsethos, je nach Person und Gruppe, indes in unterschiedlichen Werthaltungen manifestieren und nuanciert voneinander abweichen (vgl. Rokeach, M. 1973, S. 11 ff.). Demnach lassen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede innerhalb der jeweiligen Werthaltungen darstellen, denen im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit nachgegangen wird.

Werthaltungen können so auch als Maßstäbe des pflegerischen Handelns betrachtet und in Zusammenhang mit der Legitimitätsfrage, der Frage nach der guten und vorzugswerten Haltung der Pflegenden, diskutiert werden. Auch in der Pflege können unterschiedliche berufsethische Implikationen in Verbindung mit den Werthaltungen angenommen werden, die in allen Nationen und Generationen in einer dynamischen Weise Veränderungen unterliegen und immer wieder neu zu erörtern sind. Darüber hinaus können generations- und kulturunabhängige universale ethische Prinzipien und Werthaltungen in der Pflegeprozessgestaltung angenommen werden, die in ihren statischen Aspekten gegenüber der Würde (vgl. Kap. 2.1.3.4) in der zwischenmenschlichen Begegnung von zentraler Bedeutung sind. Diese Werte orientieren sich an einer Ethik, welche die pflegerische Handlungspraxis moralisch reflektieren und begründen soll. Vor allem da, wo – über die philosophische Diskussion nach der subjektiven oder objektiven Betrachtung der Werte hinaus – beruflich Pflegende in ihrer Werthaltung eine Verantwortung gegenüber der Achtung und Anerkennung der Würde der Pflegebedürftigen tragen, deren Selbstsorgefähigkeit in Teilen oder gänzlich eingeschränkt ist.

⁴ Die pflegerische Berufsethik ist einerseits durch das implizite Berufsethos und andererseits durch bestehende Berufskodizes ausgezeichnet, die Pflegenden eine „orientierende“, „sinnstiftende“, „verbindende“, aber auch „normierende“ Funktion nach innen und außen verleihen (vgl. Lay, R. 2004, S. 81).

So ist jede berufspraktische Arbeit zugleich auch eine Tätigkeit, die auf der Basis moralischer Regeln ausgeübt wird. Ganz besonders dort, wo Menschen von diesen Arbeitsweisen mittelbar oder unmittelbar betroffen sind (vgl. Pieper, A. 1985, S. 26). Die Werthaltungen der professionell Tätigen erlangen in der Realität ihre Gestaltung und reichen daher bis in die Ebenen der Institutionen als handlungsrelevante Orientierungen hinein (vgl. Harder, P. 2014, S. 128; vgl. Kap. 2.1.2.3). Demnach ist davon auszugehen, dass Werte in ihrer „idealen“ Kombination der Orientierung des beruflichen Handelns dienen, sich als Werthaltungen im Berufsethos manifestieren und so den beruflichen Selbstwert der Akteure bestimmen (ebd.).

Insofern sind Werthaltungen auch die Grundlage zur Bildung des Berufsethos der Pflegenden. Diesen Zusammenhang zwischen beruflichem Ethos und Werteorientierung beschreibt Nicolai Hartmann (1926) wie folgt:

„Man kann das ideale Ethos der Persönlichkeit mit Recht ihre innere Destination nennen; es ist die spezifische, sittliche Seinsform, zu der im günstigsten Fall der Mensch sich erheben kann. [...] Im Wesen aller Werte liegt es, dass ihre Realisation als solche wertvoll ist. So ist auch Realisation des idealen Ethos einer Persönlichkeit, ein sittlicher Wert an ihr. Dieser sittliche Wert eines Menschen prägt sich in einer sehr fühlbaren Echtheit seines Wesens aus, in einem spezifischen Sich-selbst-getreu-Bleiben, ja in einer allgemeinen Bestimmtheit und Gediegenheit seines moralischen Seins. [...] Das moralische Sein einer Persönlichkeit (als solcher) ist eine Art Verankerung ihres ganzen Wesens in ihrer Idee, eine innere Verwurzelung in ihrer eigensten Bestimmung, ein Hindurchdringen der letzteren in den empirischen Charakter“ (Hartmann, N. 1926, S. 465).

In dieser Realisation des idealen Ethos einer Persönlichkeit, die sich nach Hartmann (1926) aus einem sittlichen Wert an sich ergibt, erwächst das Bedürfnis werthaften Handelns – so auch das Bedürfnis nach werthaftem pflegerischem Handeln. In dieser Weise ist auch die Werthaltung in der Beziehung zwischen Person und der sozialen Handlung ausschlaggebend für das Ethos des Betroffenen, worin er genau darin eine soziale Wertschätzung erfährt (vgl. Kemper, M. 2006, S. 128 f.). Im Rahmen der Professionalisierung werden Werthaltungen demnach in handlungsleitende Richt- und Normwerte transferiert, die dazu dienen, einen professionellen Standpunkt einzunehmen und darüber hinaus zu einer beruflichen Identitätsbildung beizutragen. Werthaltungen werden in diesem Sinne durch den Wunsch danach, auch legitim handeln zu wollen, als Präferenzmodelle ausgebildet und dienen als Aspekte geteilter Wirklichkeitskonstruktion der Begründung und Rechtfertigung (vgl. Harder, P. 2014, S. 129). Vor dem Hintergrund soziokultureller Einflüsse sind Werthaltungen prinzipiell veränderbar. Dies zeigen die größeren Wertwandlungsprozesse der 1960er- und 1970er-Jahre, in denen von einer Abkehr, dem Verlust der „Tugenden des bürgerlichen Zeitalters“ gesprochen wird (vgl. Giesecke, H. 2005, S. 45). So ist anzunehmen,

dass sich durch den historischen Verlauf des Wertewandels auch das Ethos der Pflegenden gewandelt hat. Aufgrund der Tatsache, dass sich allgemeine Werthaltungen auch verändern können, kann nicht prinzipiell von einem einzigen Ethos ausgegangen werden. Dennoch bleibt es von Interesse, der Frage nachzugehen, ob sich berufsspezifische Konstanten innerhalb bestimmter Ausprägungen des Ethos herausbilden lassen, da eine gewisse professionelle Wertsetzung bzw. Wertzuweisung sich in den Berufen offensichtlich dennoch vollzieht (vgl. Harder, P. 2014, S. 129). Im Kontext der vorliegenden Studie steht hier vor allem die Frage nach den zentralen Werten im Vordergrund, die im Bereich der Pflege eine Würde unterstützende Handlung implizieren und insofern einen apriorischen Geltungscharakter in sich tragen. Dies, da Werthaltungen im Handeln ihre Aktualisierung erfahren, wobei die Werte selbst den jeweiligen Handlungen als Handlungsmaßstab vorausgehen und sie legitimieren und rechtfertigen (vgl. Meulemann, H. 1996, S. 51). Aus der Sicht der objektiven Wertbetrachtung kann davon ausgegangen werden, dass, wenn „[...] *die Werte das Herz des Seins sind*“ (vgl. Seifert, J. 1976, S. 274) damit jeglicher Zusammenhang von berufsethischen Implikationen und Werthaltungen zu erklären ist, da die Tiefe der Wertzugewandtheit eines Menschen damit das Maß der Identifikation mit den berufsethischen Grundsätzen bestimmt.

2.1.3.2 Werthaltung zur Grundlegung des Berufsethos

In der Frage nach dem Zusammenhang zwischen Werthaltungen und Ethos soll im Folgenden näher auf diese beiden zentralen Aspekte eingegangen werden.

Ausgehend von der Annahme, dass jedem menschlichen Sein eine bestimmte Tendenz des Vorzugs für bestimmte Werte innewohnt, kann auch davon ausgegangen werden, dass einem professionellen Ethos eine Werthaltung zugrunde liegt, die sich hieraus ergibt. Dadurch bleibt es der Person überlassen, die jeweiligen Entscheidungen, die von Fall zu Fall zu treffen sind, in einer Weise zu treffen, die nach Hartmann (1926) „*das individuelle Verhalten der Einzelnen axiologisch differenziert*“. Dies bedeutet, dass es einzig die Verantwortung der jeweiligen Person ist, für jeden vorliegenden Augenblick eine Entscheidung zu treffen, welche die Zusammenhänge der Gegebenheiten der jeweils aktuellen Situation in den Blick nimmt, um hier eine angemessene Entscheidung überhaupt erst treffen zu können. Hierbei ist sie angehalten, aus einer Vielzahl von Möglichkeiten ein Verhalten zu wählen, das sich in der jeweiligen Situation, am gegebenen Moment als geeignet anbietet. Der Bezugspunkt ist der jeweils „*tangierte Wert*“, der von ihm hierfür als maßgeblich bestimmend angenommen wird. Dies setzt voraus, so Hartmann, dass jedes menschliche Ethos seine „*Vorzugstendenzen*“ für eine bestimmte Werthaltung bereits mitbringt und dabei

gleichzeitig andere Werte vernachlässigt, ohne dass dies mit einer „Umordnung“ der „Ranghöhenordnung“⁵ der Werte verbunden wäre. Da diese Rangordnung der Werte a priori besteht, könnte eine solche Umordnung nur „Verfehlung“ bedeuten (vgl. Hartmann, N. 1926, S. 471). Der hier von Hartmann beschriebene entscheidungsbestimmende Bezugspunkt als „tangierter Wert“ setzt allerdings die grundsätzliche Orientierung an einer Rangordnung objektiver Werte voraus, die im Kern für alle Menschen bestimmend ist und die der Mensch in seinem eigenen Wertempfinden wiederzuerkennen vermag. Insofern ist davon auszugehen, dass die primäre Entscheidung eines situativ geeigneten wertorientierten Handelns sich zunächst an den Gesetzmäßigkeiten objektiver, universal gültiger Werte orientiert, die von einer Haltung des Respekts und der Achtung vor der Person getragen ist, die sich jedoch im Angesicht der Situation als flexibles und dynamisches Geschehen erweist – insbesondere dann, wenn subjektive Präferenzen und Vorzugshaltungen des Gegenübers zum Ausdruck gebracht werden, die es zu respektieren gilt. In dieser Weise ist es möglich, dass der Mensch sich der Vielseitigkeit der Augenblicke lebendigen zwischenmenschlichen Geschehens in zugewandter und konstruktiver Absicht anzunehmen versteht, ohne jedoch die Anerkennung der höchsten Werte zu verletzen. Diese Werterkenntnis, die mit der Anerkennung objektiver Werte verbunden ist, setzt indes die volle Transzendenz unserer Erkenntnis voraus, die Seifert (1976) nachfolgend zusammenfasst:

„In der unendlichen Tiefe und Majestät des Reiches objektiver Werte und ihrer Intelligibilität liegt auch der Grund für die Tiefe und Geistigkeit unserer Motive und Antworten“ (Seifert, J. 1976, S. 277).

In der näheren Betrachtung zwischen Werthaltung und der Grundlegung des Berufsethos ist der Begriff Ethos (urspr.: ‚Wohnstatt‘, gewohnter ‚Aufenthalt‘) zurückzuführen auf seine griechischen Wurzeln und bedeutet dort in seiner zweifachen inhaltlichen Auslegung soviel wie „Gewohnheit, Sitte und Brauch“ aber auch „Charakter“. In diesem Sinne handelt der Mensch „ethisch“, der die Normen des allgemein anerkannten „Moralkodex“ beherzigt. Darüber hinaus zeugt ethisches Handeln davon, dass eine bewusste Auseinandersetzung mit überlieferten Handlungsregeln und Wertmaßstäben stattfindet und der Mensch es sich zur Gewohnheit macht, sich regelmäßig mit den Fragen auseinanderzusetzen, um das jeweils erforderlich Gute zu tun. Die hieraus entstehenden Einsichten führen somit zur Bildung des Charakters, der sich schließlich zur Grundhaltung der Tugend verfestigt (vgl. Pieper, A. 1985, S. 19). Insofern bezeichnet der Begriff

⁵ Hartmann (1926) bezeichnet die Höherordnung des Wertwesens selbst als eine Wertordnung, die in der „Tiefe des Wertgefühls“ des Menschen „unbeirrbar waltet“ und in der Lage ist, sich zu wehren, gegenüber äußeren Einflüssen aufzubegehren und sich zu widersetzen. Für diese Vorzugsgesetze verwendet er den Begriff „*axiologischer Höhsinn*“, mit dem er eine objektive Anordnung von Werten anerkennt, die einzigartig als eine ideale Ordnung „*sui generis*“ besteht und für den Menschen in einem tiefen Sinnzusammenhang steht (vgl. Hartmann, N. 1926).

Ethos als philosophischer Terminus die Grundhaltung eines Menschen, seine moralischen Überzeugungen sowie seine charakterlichen Merkmale und Tugenden, die das Ergebnis der Gewöhnung seines ethischen Handelns zum Ausdruck bringen (vgl. Rehfus, W. D. 2003). In diesem Sinne ist das Ethos weiter gefasst als der Moralbegriff, da Ethos das Moralische des Alltags, das sich häufig in Handlungsstrategien von Konfliktsituationen zeigt, überschreitet. Das Ethos verlangt indes die Beachtung der Gesamtheit menschlicher Handlungsfelder und nimmt dabei auch die „moralische“ Bedeutung von „Sitten“, „Gebräuchen“ und „Konventionen“ in den Blick, wenn diese von dem Grundprinzip ausgehen, das „Gute“ des menschlichen Lebens zu unterstützen (vgl. Kluxen, W. 1993, S. 520). Mit dem Ethos werden grundsätzlich „objektive“ Gehalte zusammengefasst, die in Form von Verhaltenskodizes von all denjenigen als verbindlich betrachtet und eingehalten werden, die sowohl einer gesellschaftlichen als auch einer beruflichen Gruppe angehören und miteinander leben und beruflich agieren (vgl. Kluxen, W. 1993, S. 520 f.). Die Verbindlichkeit des Ethos ist in diesem Sinne als derartig tiefgreifend anzunehmen, dass davon die Grundlagen des Sittlichen bestimmt sind, welche die gesamte Persönlichkeit einnehmen.

„Das faktisch-kontingente Ethos ist für den einzelnen eine notwendige Bedingung der Moralität: in ihm erfährt er sich als Person, an seinen Normen lernt er die inhaltliche Bedeutung von Gut und Böse, ihm werden Beispiele und Leitbilder menschlichen Gutseins dargeboten, er findet eine Auslegung des Daseinssinnes vor, im Hinblick auf die er selbst sein Dasein sinnvoll gestalten kann.“ (Kluxen, W. 1993, S. 527)

Demnach verbindet der Mensch sich mit diesen verinnerlichten Werten, indem er die inhaltliche Bedeutung von Gut und Böse in einem ontologischen Zusammenhang zu erkennen weiß und sie mit seiner gesamten Person nach außen trägt. Neben dieser grundlegenden Bedeutung des Ethos für die Persönlichkeitsbildung des Menschen bezieht sich das Ethos in den praktischen Feldern der Berufsethik auf ein Orientierungswissen, das sich innerhalb einer Berufsgruppe über einen langen Zeitraum entwickelt hat (vgl. Wils, J-P., Hübenthal, C. 2006, S. 94). Auf dieser Basis können berufsspezifische Merkmale und Maßstäbe, berufsethische Annahmen und Haltungen ausgebildet werden, die auf individueller sowie auf kollektiver Ebene dazu beitragen sollen, diesen Anforderungen gerecht zu werden.

2.1.3.3 Pflegeethos und berufsethische Standpunkte

In dem folgenden Unterkapitel soll auf die Grundlegung der Werthaltung und des Ethos in Verbindung mit den berufsethischen Standpunkten und das pflegerische Selbstverständnis eingegangen werden. In der Frage nach der Prägung des Ethos von Pflegenden kann hierbei von den allgemeinen Grundsätzen der Herausbildung eines Ethos ausgegangen werden, dem individuell

sowie kollektiv geteilte berufsspezifische Wertmaßstäbe und berufsethische Prämissen zugrunde liegen, und die sich aus den Kernaufgaben des Berufes selbst ergeben. Vor diesem Hintergrund führen Fragen zur Profession und der Professionalisierung des Pflegeberufes unwiderruflich zurück auf das Proprium der Pflege selbst und sind hiervon nicht zu trennen. Diese jeweiligen Prädikate eines Berufes sind zurückzuführen auf ihre jeweiligen kulturellen und damit verbundenen identitätsstiftenden Wurzeln. Das bedeutet für die Pflege, dass unabhängig von ihrer „historischen Variabilität“ insbesondere jene Aspekte ins Auge zu fassen sind, die sich aus einer phänomenologisch-anthropologischen Deutung erschließen lassen (vgl. Remmers, H. 2010, S. 42 f.). Remmers (2010) und Weidner (1995) knüpfen in ihrer Rekonstruktion pflegerischen Handelns an eine Theorie professioneller pflegerischer Handlungskompetenz an, die auf eine professionstheoretisch-soziologisch geprägte Perspektive rekurriert. Die professionelle Handlungslogik pflegerischer Arbeit zeichnet sich demnach dadurch aus, dass zwei gleichwertige normative Ansprüche bestehen, die von den professionell Pflegenden verinnerlicht und in der Praxis umgesetzt werden müssen. Hierzu gehören ein wissenschaftlich fundiertes Regelwissen einerseits und eine hermeneutische Kompetenz im Verstehen des Einzelfalls andererseits (vgl. Friesacher, H. 2008, S. 259 f.). In Anlehnung an die Strukturlogik Oevermanns⁶ fasst Weidner professionelles Pflegehandeln wie folgt zusammen:

„Professionelles Pflegehandeln ist demnach ein personenbezogenes, kommunikativem Handeln verpflichtetes, stellvertretendes und begleitendes Agieren auf der Basis und unter Anwendung eines relativ abstrakten, „dem Mann auf der Straße“ nicht verfügbaren Sonderwissensbestandes sowie einer praktisch erworbenen hermeneutischen Fähigkeit der Rekonstruktion von Problemen defizitären Handlungssinns in aktuellen und potentiellen Gesundheitsfragen betroffener Individuen. Die professionellen Handlungen basieren auf praktisch-technischen, klinisch-pragmatischen und ethisch-moralischen Kompetenzen des Pflegepraktikers und verabfolgen auf der Grundlage der Diagnostizierung des individuellen Pflegebe-

⁶ Im Zentrum der Problematik der Strukturlogik Oevermanns steht die These, dass alle professionalisierungsbedürftigen Berufspraxen im Kern mit der „stellvertretenden Krisenbewältigung“ der Klienten beschäftigt sind, die auf der Basis eines expliziten methodischen Wissens ausgeführt werden (vgl. Oevermann, U. 2009, S. 13). Die Krisenbewältigung selbst ist jedoch nicht standardisierbar, sondern bedarf eines habitualisierten professionellen Handelns. Oevermann weist im Zusammenhang mit der Nichtstandardisierbarkeit des beruflichen Handelns bzw. der beruflichen Handlungspraxis auf drei Bedingungen hin: Erstens muss der Klient im Rahmen der stellvertretenden Krisenbewältigung als Fall identifiziert und diagnostiziert werden, sodass aus dem individuellen Fallverstehen eine fachgerechte Diagnose und daraus folgend eine entsprechende Therapie abgeleitet werden kann. Zweitens muss diese Therapie auf der Basis eines Fallverstehens rückblickend übersetzt werden, damit sie praktisch durchführbar ist. Drittens muss der gesamte Prozess eingebettet sein in ein Arbeitsbündnis, um zu verhindern, dass ein mögliches Abhängigkeitsverhältnis zu Autonomieverlusten der Klienten führt (vgl. Becker-Lenz/Müller 2009, S. 17). Oevermann (1996) geht in seiner Erläuterung zur Strukturlogik professionellen Handelns davon aus, dass zwischen den professionellen Akteuren und den Klienten ein „Arbeitsbündnis“ besteht, das voraussetzt, dass der Klient Vertrauen erst unter Anerkennung der Professionalität, bspw. einer examinierten Pflegefachkraft in der Pflege, entwickeln kann, da erst die Basis für ein wechselseitiges Vertrauen die Auseinandersetzung mit einer gemeinsamen Zusammenarbeit ermöglicht (vgl. Dunkel, W. 2005, S. 7 ff.).

darfs und der (gemeinsamen) Festlegung von realistischen Pflegezielen, der Planung der angemessenen Pflegemaßnahmen, der Durchführung derselbigen sowie der Überprüfung des Pflegeerfolges und etwaiger, wiederholter, modifizierter pflegeprozessualer Durchläufe“ (Weidner, F. 1995, S. 1269.

Hieraus folgt, dass die professionelle Handlungspraxis der Pflegenden sich in ihrer theoretischen Orientierung auf die pflegewissenschaftliche Begründungskompetenz bezieht und in ihrer praktischen Ausführung eine Entscheidungs- und Handlungskompetenz voraussetzt. Beide Ansprüche befähigen Pflegende dazu, den viel- und wechselseitigen Anforderungen in der alltäglichen Pflegepraxis adäquat zu begegnen. Hierbei ist vor allem zu berücksichtigen, dass diese Anforderungen häufig unvorhergesehen an die Pflegenden herangetragen werden und oftmals unter Zeitdruck zu gestalten sind (vgl. Friesacher, H. 2008, S. 260).

Aus den Entscheidungs- und Handlungskompetenzen lassen sich wiederum drei wesentliche Kompetenzbereiche ableiten: (1) die „*praktisch-technische Kompetenz*“, bei der es um die Sicherstellung in der Anwendung von Pfletechniken und Pflegehilfsmitteln für den Patienten geht. (2) Die „*klinisch-pragmatische Kompetenz*“, die der Unterstützung der unmittelbaren interaktiven und kommunikativen Prozesse zwischen den Pflegenden und den Patienten sowie deren Angehörigen dient. Diese wird durch das hermeneutische Fallverstehen unterstützt und durch eine von Empathie getragene Beziehungsgestaltung durch die Pflegenden bewirkt. (3) Die „*ethisch-moralische Kompetenz*“, die vor allem der Sicherstellung eines ethisch-moralisch reflektierten Pflegehandelns dient und dazu beiträgt, dass Rechte und Pflichten in den pflegerischen Interaktionen gewahrt und Begründungen über die Gewichtung ethischer Maßnahmen erklärt werden (vgl. Weidner, F. 1995, S. 125 f.).

Obwohl die gerontologische Pflege in Deutschland insgesamt ein wissenschaftlich gering bearbeitetes Feld ist und wissenschaftliche Erkenntnisse vor allem aus den USA, Großbritannien, Skandinavien und Australien einfließen, wächst dennoch eine Vertiefung der Auseinandersetzung in klinisch relevanten Fragestellungen. Hasseler (2013) leistet hierzu einen Beitrag im Rahmen der klinischen Forschung in allen Einrichtungen der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgungspraxis. Darüber hinaus werden wissenschaftstheoretische Grundsatzfragen erörtert, die in Zusammenhang stehen mit der Professionalisierung, der Qualitätsentwicklung und der Innovation der vollstationären Langzeitpflege (Hasseler, M. et al. 2013). Aspekte des intuitiven Erfahrungshandelns, manuelle Geschicklichkeit und ästhetische Wahrnehmungen in der Diskussion um Professionalität im Bereich der Pflegewissenschaft gewinnen hierbei wieder an Bedeutung (vgl. Dunkel, W. 2005, S. 4).

Die aus der Professionalisierung abzuleitenden berufsethischen Standpunkte in der Pflege, die gleichzeitig auch als gesellschaftlicher Auftrag zu verstehen ist, reichen indes weit über eine gesellschaftliche Perspektive hinaus. Vor allem, da als Voraussetzung der Gestaltung professioneller Pflegeleistungen auch traditionelle und religiöse Motive der Pflegenden zur Versorgung kranker, pflege- und hilfsbedürftiger Menschen herangezogen werden. Diese religiösen Hintergründe gehen zurück auf die historische Entwicklung des Pflegeberufs und wirken teilweise bis in die gegenwärtige Motivation der Pflegenden hinein (vgl. Robert-Bosch-Stiftung 2000, S. 29). Generell ermöglicht ethisches Wissen hierbei den Raum für die je eigenen spirituell-religiösen Bedürfnisse und Bindungen der Menschen und ist in diesem Sinne als unabhängig von kirchlichen oder ideologischen Überzeugungen zu bewerten. Diese Bedürfnisse streben nach einer universellen Ethik und entspringen vielmehr dem Wunsch nach Transformation von rationalen Bedürfnissen des Menschen (vgl. Kernberg, O. 2014, S. 334). So erleben Pflegendе Momente des Transzendenten in Zusammenhang mit der alltäglichen Pflegepraxis, wenn es beispielsweise um das Bewahren des Lebens, die Pflege Sterbender oder um die Geburt eines Kindes geht. Sie erleben das „Numinose“, das sie in „Ergriffenheit“, in existenzielle „Erschütterung“ versetzt, mit der sie Anteil nehmen und Gefühle der Dankbarkeit, der Demut und Anerkennung vor der Schöpfung empfinden dürfen (vgl. Käppeli, S. 2007, S. 2). Als Pflegewissenschaftlerin bezeichnet Silvia Käppeli (2006) – ähnlich wie Oevermann (1996) – den zwischenmenschlichen Kontakt, der jeder Arzt-Patienten-Beziehung sowie jeder Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient zugrunde liegt, in einem engeren religiösen Zusammenhang als „therapeutisches Bündnis“⁷. Dieses Bündnis ist im pflegerischen Kontext auf biblische Ursprünge zurückzuführen und beruft sich auf die moralische Vereinbarung über einen verantwortungsvollen Umgang mit den Pflegebedürftigen und soll diesen gewährleisten. Aus dem Bündnis entsteht eine gegenseitige Verpflichtung, welche die jeweiligen Bündnispartner eingehen und die als „moralische Konvention“ bereits im Hippokratischen Eid festgelegt worden ist. In diesem Bündnis bekennt auch der Arzt sich zum Dienst am Kranken.

„Die Medizin und die Krankenpflege begründen die Notwendigkeit des therapeutischen Bündnisses mit der transzendenten Konnotation, die ihrer Tätigkeit anhaftet, also mit dem, was sie von allen nichttherapeutischen Berufen unterscheidet.“ (Käppeli, S. 2006, S. 1222)

⁷ Die Herleitung des Bündnisses in der Pflege beruht nach Käppeli auf biblischen Schriften im Judentum sowie im Christentum, die der Ethik in der Pflege eine „*imitatio Dei*“ nahelegen, eine gottähnliche Haltung, die aus der Liebe zum Menschen entsteht und daher Anteil nimmt an dessen Leid. Dieser religiöse Ursprung des Bündnisses in der Pflege wurde im 19. Jahrhundert in den humanitären Grundsätzen des Roten Kreuzes aufgegriffen und setzt sich schließlich in den angloamerikanischen Konzepten der Care-Ethik wie „compassion“ und „caring“ fort (vgl. Käppeli, S. 2006, S. 1221).

Neben den unterschiedlichen Care-Ethik-Ansätzen der US-amerikanischen Pflegewissenschaft ist der Theorieansatz der Pflegewissenschaftlerin Jean Watson eine der „spezifischen Pflege-theorien“, die sich auf die genuinen Problemstellungen der Pflege bezieht und sowohl dem Grundverständnis als auch dem Anspruch an eine umfassende Pflege gerecht wird. Sie stellt über das existenzielle Bedürfnis der zu Pflegenden hinaus das zwischenmenschliche Erleben vor allem Pflegebedürftiger in Langzeitpflegeeinrichtungen in den Vordergrund. Watsons Pflege-theorie bezeichnet den Kern der Pflege ebenfalls als Caring⁸ und geht damit von einer Pflegepraxis aus, die sich auf höchstmöglichem Niveau gestalten lässt (vgl. Watson, J. 1996, S. 51). Watson sieht gerade in der Auseinandersetzung Pflegebedürftiger mit der letzten Phase ihres Lebens die Notwendigkeit einer umfassenden, professionellen und vertrauenswürdigen Unterstützung, da mit der Gestaltung dieser letzten Lebensphase auch eine damit zusammenhängende „Lebensbilanz“ einhergeht (vgl. Riedel, A. 2007, S. 130 ff.). Hierdurch begreift Watson ihren Ansatz zur Pflege als „karitativ transzendentes Beziehungshandeln“, indem sie die Bedürfnisse der zu Pflegenden nach Transzendenz respektiert und bewusst in den pflegerischen Kontext einbezieht. In ihren Grundannahmen, die auf die humanistischen Psychologen Abraham Maslow und Carl Rogers rekurrieren, orientiert sie sich an einer humanwissenschaftlichen Pflege, in der die menschliche Zuwendung zentral steht (vgl. Kohlen/Kumbruck 2008, S. 8 f.).

Die existenzielle Angewiesenheit alter und kranker Menschen auf die lebensnotwendige Sorgetätigkeit ist spätestens seit den 1990er-Jahren auch zu einem gesellschaftspolitischen Thema geworden.

Pflegeethos und berufsethische Standpunkte in der täglichen Praxis dienen vor allem der Orientierung beruflich Pflegenden in möglichen Konfliktsituationen, die in Zusammenhang mit der Verteilung knapper Ressourcen sowie mit der Erhaltung der Pflegequalität unter begrenzten Personalressourcen stehen. Hier zeichnen sich Grenzen des Berufsethos ab, da wo im Rahmen der ethischen Komplexität, in Momenten konkurrierender Pflichten sowie in vielen Momenten, in denen es um pflegerische Entscheidungsfindungen geht, Prioritäten abzuwägen sind (vgl. Monteverde, S. 2012, S. 27 f). Speziell in diesem Rahmen ist es notwendig, dass Pflegenden durch die Suche nach einem „übergeordneten Standpunkt“ die Möglichkeit der Reflexion sehen, die in der philosophischen Ethik gegeben ist. Dieses Orientierungswissen verweist in seinem

⁸ Im Rahmen der pflegewissenschaftlichen Diskurse ist unter „care“ eine Pflegepraxis zu verstehen, die „*Obhut, Fürsorge, Betreuung, Achtsamkeit und Zuwendung*“ in einer vorsichtigen und taktvollen Art und Weise umsetzt. Hierin sind im positiven Sinne sowohl Aspekte der Sorge um andere als auch die notwendige Selbstsorge der Pflegenden inkludiert. Mit dem Begriff Caritas erfolgt eine ausdrücklich Zuschreibung von Care mit der christlichen Dimension (vgl. Kohlen, H., Kumbruck, Ch. 2008, S. 3).

Grundsatz auf die Wurzeln des eigenen Handelns und des eigenen Selbstverständnisses hinsichtlich einer Orientierung von Werten, die in Zusammenhang mit der Berufspraxis eingeordnet werden können. Für den Vollzug der pflegerischen Verantwortung bedeutet dies, die Perspektive pflegerischer Werthorizonte einzubeziehen, die nach Kernberg (2014)

„[...] die unverrückbare Natur des menschlichen Strebens nach einer universellen Ethik, das die rationalen Bedürfnisse des menschlichen Überlebens voraussetzt.“ (vgl. Kernberg, O. F. 2014, S. 335).

Das heißt, dass für die Berufspraxis der Pflegenden eine Orientierung an einer Universalität von Werten im Sinne objektiver Werte, als Grundhaltung einer universalen Ethik, eingenommen werden sollte. Hierin sind universale Werthaltungen im zwischenmenschlichen Zusammenleben zentral, die den Respekt und die Achtung vor der Würde des Menschen als statisches Prinzip einer Universalität anerkennen und gleichzeitig die Andersartigkeit, die Einzigartigkeit und Individualität im Sinne der Diversität in ihren dynamischen Aspekten im Alltag der Pflegeprozessgestaltung zu integrieren verstehen. In dem nachfolgenden Unterkapitel soll in Zusammenhang mit der Notwendigkeit zur Suche nach der Kennzeichnung eines „Ethos guter Pflege“ auf den „übergeordneten Standpunkt“ der pflegerischen Tätigkeit Bezug genommen werden. Dieser Standpunkt erweist sich in der Frage nach den pflegerischen Werthorizonten in der Möglichkeit der Reflexion der Menschenwürde, die als universaler und objektiver Wert an sich für den weiteren Fortgang der Untersuchung angenommen werden soll.

2.1.3.4 Menschenwürde als Fluchtpunkt pflegerischer Werthorizonte

In dem folgenden Unterkapitel soll der Begriff der Menschenwürde als Fluchtpunkt pflegerischer Werthorizonte in seiner orientierungsgebenden Funktion für die Pflegenden vorausgesetzt werden. Dieser Fluchtpunkt ermöglicht es, professionelle Pflege alter und sterbender Menschen unter der Anerkennung einer universalen Menschenwürde zu gestalten.

„Bei der zwischenmenschlichen Zuwendung im Zuge des Pflegeprozesses geht es also nicht bloß um eine Gefühlswallung, ein persönliches Anliegen, eine Geisteshaltung oder ein Streben nach Mildtätigkeit. Vielmehr handelt es sich um das moralische Ideal der Pflege, deren eigentliches Anliegen es ist, die menschliche Würde zu schützen und zu bewahren.“ (Watson, J. 1996, S. 46)

Die Kernaussage Watsons zur Verwirklichung des moralischen Ideals der Pflege soll daher in der Debatte um eine „gute Pflege“ in der Absicht der Formulierung eines gemeinsamen Fluchtpunktes pflegerischer Handlungsperspektiven zentral gestellt werden. Dies in dem Bewusstsein dahingehend, dass Debatten zur Definition „guter Pflege“, die in Deutschland bereits seit 20 Jahren

intensiv geführt werden, bis heute nicht konsensfähig sind, da nachweislich insgesamt von einem Theoriedefizit ausgegangen wird. Dennoch dominiert in der allgemeinen Diskussion um „gute Pflege“ ein generell funktionalistisch-zweckrationales Paradigma. Darüber hinaus fehlt ein gemeinsamer Konsens über die Qualitätskriterien guter Pflege, da zu viele Perspektiven in der Auseinandersetzung mit der Frage nach dem Qualitätsniveau der Pflege aufeinandertreffen (vgl. Brandenburg et al. 2013, S. 7 f.). Görres (2007) hat einen konzeptionellen „Bezugsrahmen für ein Pflegequalitätsniveau guter Pflege“ vorgeschlagen, anhand dessen sich mit der Pflegequalität in Verbindung stehende grundlegende Fragen vertiefen lassen. Hier werden zur Definition einer „guten Pflege“ vermehrt international diskutierte Qualitätsindikatoren sowie die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (BMG 2009) herangezogen, die heute eine wesentliche Bedeutung in der Ausrichtung der Pflegequalität für die Handlungspraxis erreicht hat (vgl. Brandenburg et al. 2014, S. 185 f.). Demnach bedarf die Definition „guter Pflege“ eines theoretischen Bezugsrahmens, in dem Dimensionen und Merkmale für die Pflegequalität festgelegt werden, die vor allem die folgenden Bereiche berücksichtigen:

-
- Anliegen, Interessen und Wünsche der zu pflegenden Personen;
 - eigene Fachlichkeit (Erkenntnisse der Pflegewissenschaft);
 - ethische Vorgaben der Pflegeprofession, wie sie bspw. in Ethikkodizes niedergelegt (z. B. Würde, Verantwortung, Autonomie, Gerechtigkeit etc.) (Brandenburg et al. 2014, S. 187).

Als Voraussetzung zur Umsetzung und Gestaltung dieser Bereiche steht die dialogische Kompetenz der Pflegenden im Vordergrund (vgl. Brandenburg et al. 2013, S. 9 f.). Ausgehend von dieser grundlegenden ethischen Bedeutung des Wertes der Menschenwürde stehen die Aspekte Verantwortung, Autonomie und Gerechtigkeit als orientierungsleitende Begriffe für die Fragen der Pflegenden in ihrer unmittelbaren Handlungspraxis vor allem dann in direktem Zusammenhang, wenn es darum geht, den Sinn und die Motivation ihrer Haltung gegenüber den Pflegebedürftigen in sich moralisch zu begründen. Indes bleibt der Begriff der Menschenwürde in der pflegewissenschaftlichen Literatur hinsichtlich seiner Bedeutung bezogen auf die Autonomie und Menschenrechtsfragen nur „vage“ in seiner Anwendung. Ausschlaggebend hierfür ist der begründungstheoretische Ansatz, der sich mit seinem rechtsethischen Element aufbauend auf den Begriff der im Grundgesetz verankerten Menschenwürde (Art. 1. GG) bezieht und in seiner Taug-

chkeit als eindeutige orientierungsgebende Funktion für die Pflegenden wenig erkannt⁹ wird (vgl. Baranzke, H. 2015, S. 87).

Der Menschenwürdebegriff wird im interkontinental europäischen Raum innerhalb der politischen und rechtsphilosophischen Diskussion vor allem mit der Philosophie Kants begründet. Hierin steht der Mensch als vernunftbegabtes Wesen zentral, der durch die Freiheit seiner Willensentscheidung zur Autonomie fähig ist. In dieser Folge liegt in der Autonomie der Grund der Würde des Menschen (vgl. Kant 1994, 435). In diesem transzendentalen philosophischen Zugang zu dem Begriff der Autonomie bei Kant erhebt sich im pflegewissenschaftlichen Kontext die substanzielle sowie existenzielle Frage danach, ob die Menschen, die diese Autonomie durch ihre Erkrankung eingebüßt haben, auch gleichzeitig ihre Menschenwürde verloren haben?

Ausgehend von der angenommenen Tatsache, dass der empirische Beweis der Menschenwürde nur darin besteht, dass die Würde des Menschen einzig an seiner Fähigkeit zur Selbstbestimmung festgemacht werden könnte, hätte dies zur Konsequenz, dass sie nicht einer universalen Idee entspräche, die zu einer universalen Ethik verpflichtet. Eine universale Ethik geht indes davon aus, dass beispielsweise die religiöse Dimension¹⁰ der Menschenwürde als ein absolutes Axiom, als eine Letztbegründung angenommen werden kann, nach dem in jedem Menschen die Würde als Wert innewohnt, den er niemals verliert (vgl. Milton, C. L. 2008).

Grundlegend für jede pflegeethische Diskussion bleibt demnach die Kernfrage nach dieser Idee der Menschenwürde, da sich die Pflegenden in ihrer Orientierung in besonderem Maße auf psychosoziale und gerontopsychiatrische Einschränkungen der Pflegebedürftigen vorbereiten müssen (vgl. Dibelius/Uzarevicz 2006, S. 18), und deshalb in vieler Hinsicht eine hier beschrie-

⁹ Siehe die hierzu die kontrovers geführten Debatten zur aktiven Sterbehilfe, die sowohl Gegner als auch Befürworter kennt und die sich auf ein „Sterben in Würde“ bezieht (vgl. Baranzke, H. 2015, S. 87).

¹⁰ Thomas von Aquin (1225-1275) weist in seiner Summa theologiae darauf hin, dass die Religion eine „Hinordnung zu Gott“ (ordinem ad deum) mit sich bringt (vgl. Heil, J. 2010, S. 6). Der Psychoanalytiker Otto F. Kernberger (2014) spricht von einer reifen Religiösität des Menschen, indem er auf die Eigenschaften eines reifen Über-Ichs als integrierten Systems einer persönlichen Ethik verweist. Hierin erkennt der Mensch ein universelles Angebot von Rechten und Pflichten für das Verhalten der Individuen untereinander an und verbindet damit ein geltendes, universelles, auf Transzendenz ausgelegtes Wertesystem für jeden Einzelnen. So umfasst nach Kernberg reife Religiösität ein „integriertes Wertesystem“, das universelle Gültigkeit hat und von den Grundprinzipien der Liebe und des Respekts des Menschen gegenüber seinen Mitmenschen und sich selbst in Verantwortung geleitet wird. Verständnis, Mitgefühl, Annahme und Anteilnahme in Verbindung mit einem Gefühl der „universellen Gerechtigkeit“ sind hierin gleichermaßen eingebettet. Kernberg geht darüber hinaus davon aus, dass reife Religiösität sich bewusst ist von der „unvermeidlichen Ambivalenz“, die sich in allen menschlichen Beziehungen wiederfindet und erkennt die Möglichkeit zur Versöhnung, Vergebung und Wiedergutmachung als unwiderruflichen Aspekt zur Aufrechterhaltung menschlicher Verbundenheit an. Sie fördert das Vertrauen in das „Gute“ und trägt wissend auch um das „Böse“ dennoch die Verantwortung gegenüber einer universal geltenden moralischen Instanz, die von einem gemeinsamen Ideal der Menschlichkeit ausgeht (vgl. Kernberg, O. F. 2014, S. 333).

bene Autonomie der Pflegebedürftigen nicht voraussetzen können. So mündet die Kernfrage danach, wer einen Anspruch auf menschenwürdiges Verhalten hat, unweigerlich in der Definition von Menschenwürde, die von der Universalität der Egalität und Unverlierbarkeit des Anspruchs auf Menschenwürde getragen ist. Der moralische Gehalt der Menschenwürde bedeutet demnach die Pflicht, die Menschenwürde zu achten und zu schützen. Dies ist gleichzusetzen mit der höchsten Verfassungsnorm, die sich in der Pflicht zur Achtung und dem Schutz der Menschenrechte konkretisiert und durch die Einhaltung der Grundwerte gesichert wird (vgl. Werner, M. H. 2004, S. 199 ff.).

„Die personalen Eigenschaften, auf die sich die Zuschreibung von Würde gründet, und die soziale Relation, in der Personen einander als Personen – und damit als Würdewesen anerkennen und achten, sind immer schon – epistemisch, semantisch und genealogisch – aufeinander bezogen.“ (Werner, M. H. 2004, S. 206)

Alles, was sich demnach an geistiger Orientierung dieser Voraussetzung entgegenstellt, ist auch für die pflegerische Versorgung im Bereich der Langzeitpflege von weitreichender Bedeutung, da die impliziten Anforderungen an die Pflege älterer Menschen durch unterschiedliche Aspekte geistig, seelisch und körperlich bedingter alters- und gesundheitsabhängiger Einschränkungen gekennzeichnet ist und sie deswegen auf die Unterstützung und Zuwendung der Pflegenden angewiesen sind. Diese Verletzbarkeit impliziert vor allem die Aufmerksamkeit und die Fürsorge der Pflegenden, damit sich die Pflegebedürftigen entsprechend ihren Einschränkungen in ihrer Würde unterstützt fühlen dürfen. Die spezifischen Herausforderungen in der gerontologischen Pflege bedingen die Grundlegung des Würdebegriffes als Voraussetzung für eine Pflegeethik, der diese Idee der universalen Menschenwürde zugrunde liegt. Die Idee der universalen Menschenwürde knüpft so an ein moralanthropologisches Selbstverständnis an, das in Verbindung mit einem moralischen Ideal des Menschseins steht. Hierin besteht ein sittlicher Anspruch, der an seine Stellung als Mensch gestellt wird und der sich in seiner Eigenwürde manifestiert. In diesem Zusammenhang ist davon auszugehen, dass der Mensch seine Aufgabe der Entwicklung hin zur vollständigen Entfaltung seiner Verantwortung über sein Menschsein, in seiner apriorischen Stellung zwar verfehlen, sich ihr jedoch nicht und niemals entziehen kann (vgl. Baranzke, H. 2015, S. 89). Der Begriff der Menschenwürde wird zu einem zentralen Maßstab geistig-seelischer Orientierung des Menschen, an dem er seinem Denken und Handeln eine Richtung geben kann und soll. Hierzu bietet das Bewusstsein dem Menschen eine beständige Möglichkeit der inneren Reflexion, die ihn vor der Unwürde im Umgang mit sich und dem anderen Menschen schützen soll. Der Begriff der „Sittlichkeit“ wird in dieser Definition im gesinnungsethischen Zusammenhang

der „Moralität“ bei Kant verstanden. Die Moralität dient insofern als formale innere mögliche Haltung des Menschen, um moralisch zu handeln und wird von der „Ethik“ als Wissenschaft des moralischen Handelns unterschieden (vgl. Baranzke, H. 2015, S. 89). Demnach bedeutet der Verlust des Bewusstseins eines Menschen, dass ihm diese geistige Orientierung seiner Handlungen zur bewussten Reflexion nicht mehr zur Verfügung steht. Dennoch ist der Verlust des Bewusstseins nicht gleichbedeutend mit dem Verlust seines ‚Würdestatus‘, der ihm a priori zukommt, da dieser unverlierbar und an nichts als an sein bloßes Menschsein gebunden ist. Er behält seine Würde auch dann, wenn er bewusst für deren Gestaltung keine Verantwortung mehr übernehmen und damit auch nicht zur Verantwortung gezogen werden kann. Hierin zeigt sich die besondere Herausforderung mit dem Begriff der Würde im pflegerischen Zusammenhang, da pflegerische Unterstützungsmaßnahmen bei einem solchen Abbruch des Bewusstseins zu einer Brückenfunktion wird, in der die Unterstützung, Förderung und Erhaltung des Würdestatus der pflegebedürftigen Person im Zentrum der Sorge steht.

Begriffliche Zuordnung

In der begrifflichen Entwicklung der Idee der universalen Menschenwürde wurde seit Mitte des 20. Jahrhunderts durch die Präambel der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte aus dem Jahre 1948 durch die UNO und durch die Gründung des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland (1949) in Art. 1 GG auch eine menschenrechtliche Dimension verfassungsrechtlich aufgenommen¹¹. Dennoch wird die Universalität der Menschenwürdeidee in ihrer Geltung infrage gestellt, da sie ein empirisches Maß an Kompetenzen voraussetzt. Hierdurch verliert der Begriff der Menschenwürde aus der Sicht der tugendethisch-selbstreflexiven Idee an Bedeutung und wird in einen Leistungsbegriff überführt, den es empirisch zu überprüfen gilt. Um die hiermit verbundenen *schwerwiegenden* pflegeethischen Konsequenzen einer empirischen Begründung der Idee der Menschenwürde und der Menschenrechtsbegründung zu verhindern, soll für den Fortgang der vorliegenden Studie – anknüpfend an die Ausführungen von Baranzke (2015) – auf den „*nichtempirischen Autonomiebegriff*“ von Kant zurückgegriffen werden.

¹¹ Der Artikel 1 des Grundgesetzes verweist auf die universale Menschenwürde, welche die universalen Menschenrechte (Art. 1, 2 GG) begründet. Dies dient dazu, dass der Staat dazu verpflichtet ist, als moralisch legitimer Rechtsstaat die Menschenrechte durch konkrete Grundrechte zu garantieren (Art. 1, 3 GG). Hierin einbezogen sind das Recht auf Selbstbestimmung, Leben, körperliche Unversehrtheit und Freiheit (Art. 2 GG). Darüber hinaus führen die Empfehlungen der Parlamentarischen Versammlung des Europarates (1999) zum Schutz der Menschenrechte und der Würde Sterbender und sterbender Menschen auf EU-Ebene dazu, durch Gesetz und politische Aktivitäten, Verantwortung für die Menschenwürde und die Menschenrechte schwerkranken Menschen gegenüber gerecht zu werden (vgl. Baranzke, H. 2015, S. 91 f.).

Mit den Begriffen Autonomie und Heteronomie¹² unterscheidet Kant zwei mögliche Prinzipien, die den menschlichen Willen in seiner Handlungsorientierung leiten. In Kants Verständnis handelt ein Vernunftwesen dann autonom, wenn es den Maximen folgt, denen er selbst eine vernünftige Zustimmung einräumen könnte. Kants Moralprinzip, der kategorische Imperativ, fordert daher im Sinne eines objektiven Prinzips des Willens:

„Handle so, dass du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“ (Kant 1994, 429)

Der Begriff der Autonomie als transzendente Autonomie des Willens ist demnach ein apriorischer und transzendenter Sinndeutungsbegriff für die menschliche Lebensführung, der zunächst empirisch nicht beweisbar ist (vgl. Baranzke, H. 2015, S. 94). Dennoch haftet ihm ein Grundsatz an, der als Voraussetzung für ein gutes Gelingen menschlicher und moralischer Handlungen anzuerkennen ist, da er über das „Gelingen“ in der Gestaltung jedes zwischenmenschlichen Kontaktes so auch der pflegerischen Versorgungspraxis entscheidet. Hierin liegen Sinn und Motivation für den Menschen, moralisch verantwortlich zu handeln.¹³ Für die pflegerische Praxis bedeu-

¹² Kant unterschied bereits vor 200 Jahren zwischen den beiden Begriffen Heteronomie und Autonomie und führte diese begrifflich in die Philosophie ein. Hierbei bedeutet Heteronomie für Kant die Abhängigkeit des Willens von Regeln, die nicht unmittelbar aus dem freien Willen selbst, sondern viel eher aus den subjektiven Neigungen, Wünschen und Begehren entstammen. Diese wiederum entspringen aus den äußeren Zwängen des Individuums und sind als solche im Kantischen Sinne ein Zeichen persönlicher Unfreiheit und daher das Resultat von Fremdbestimmung und heteronomer Beliebigkeit. Autonomie hingegen ist Ausdruck des freien Willens des Menschen, durch den der Mensch in der Lage ist, selbst über die moralischen Gesetze zu entscheiden. Hierdurch ist er unabhängig von äußerer Willkür und heteronom bestimmten Zwängen. Aus den Studien des Schweizer Psychologen Jean Piaget (1896-1980) zu den moralischen Urteilen von Kindern (1954) leitete dieser zwei Stadien der Entwicklung des moralischen Urteilens ab, die in ihrer zentralen Bedeutung den Kantischen Darlegungen der Begriffe Autonomie und Heteronomie entsprechen. Hierbei ist das Stadium der Heteronomie charakterisiert durch die kindliche Anerkennung der Autorität der Eltern und ihre kritiklose Orientierung an deren Vorgaben. Das Stadium der Autonomie ist gekennzeichnet durch die gegenseitige Achtung der Kinder untereinander, welche die Einhaltung gegenseitiger Verpflichtungen anerkennen und diesen folgen (vgl. Krupinski, G. 1993, S. 48). In der weiteren Auseinandersetzung mit der Studie soll, um die Wertbetrachtung in ihrer orientierungsgebenden Funktion noch stärker hervorzuheben die Unterscheidung Kants zwischen der Autonomie und Heteronomie durch die Begriffe vertikale Orientierung (Autonomie) und horizontale Orientierung (Heteronomie) erweitert werden.

¹³ Die Pflegewissenschaftlerin Renate Adam-Paffrath (2014) hat ein systematisches Literaturreview theoretischer wie empirischer Literatur zu dem Thema Würde in ihrer wissenschaftlichen Arbeit aufgegriffen, die durch die Autoren Anne Gallagher, Sarah Li, Paul Wainwright, Ian Jones und Diana Lee (2008) in Großbritannien erstellt wurde. Hierin stand die Auseinandersetzung mit der Frage im Vordergrund, was die menschliche Würde fördert und unterstützt und was sie im Gegenteil dazu reduziert. In diesem Zusammenhang wurde die Verletzung der Menschenwürde unter unterschiedlichen Gesichtspunkten in vier Konzepten aufgegriffen: (1) ein nicht Wahrgenommenwerden der Pflegebedürftigen und eine damit verbundene Anonymität, (2) ein Fehlen an Wahrnehmung der eigenen Persönlichkeit der Pflegebedürftigen, (3) die Einschränkung des individuellen, persönlichen Handlungsspielraumes der zu Pflegenden, (4) sowie eine Demütigung derselben wurden hier ausdrücklich als Würdeverletzungen genannt (vgl. Adam-Paffrath, R. 2014, S. 46 f.). Für die Umsetzung geeigneter Konzepte in die Handlungspraxis der Pflege greifen Gallagher et al. in der Folge auf vier Themenbereiche zurück: (1) die Veränderung der Pflegeumwelt/Umgebung mit Blick auf die Geschlechtertrennung der Patienten am Beispiel von Intensivstationen, (2) die Frage nach dem Verhalten und der Haltung der Pflegenden, insbesondere nach den verschiedenen Qualifikationen, denn der Personalmix hat zudem Auswirkungen auf die Pflegequalität, (3) die kom-

tet dies, dass die ethische Idee der universalen Menschenwürde als statische universale Dimension universelle Geltung beansprucht und die Menschen- und Grundrechte darin und damit verbunden zu respektieren sind. Gleichzeitig bedeutet dies auch, dass auf der Ebene der individuellen Bedürfnisse der zu Pflegenden der je individuelle Pflege- und Fürsorgebedarf zu ermitteln ist, um neben der primären Anerkennung des Würdestatus in dynamischer Weise auch auf die Aspekthaftigkeit der individuellen Bedürfnislagen eingehen zu können. Um diesen ethischen Ansprüchen in der pflegerischen Praxis gerecht zu werden, sind die Pflegenden herausgefordert, sich dieser beiden apriorischen Gegebenheiten der Universalität der Menschenwürde einerseits und der Diversität der Einzigartigkeit der Individuen mit ihrer Fähigkeit oder Einschränkung zur Selbstsorge andererseits, auseinanderzusetzen. Dies impliziert die Reflexion einer jeden Handlungssituation der Pflegenden vor dem Hintergrund ethisch moralischer Prämissen, da die Konsequenzen jeder Handlung der Idee der Menschenwürde folgen sollen. In der Bedeutung der Ethik für die Altenhilfe beschreibt Ruth Schwerdt (2002) diese Fähigkeit der Pflegenden, das eigene Handeln moralisch-ethisch zu verantworten, als einen Akt „professioneller Kompetenz“, in der Pflegende eine kritische Haltung auch gegenüber Normen finden sollten, wissend, dass ohne dieses Bewusstsein eine gelingende Umsetzung sowohl der beruflichen als auch der alltäglichen Lebenspraxis nicht möglich ist (vgl. Schwerdt, R. 2002, S. 110).

Für den weiteren Fortgang der Studie soll der Begriff der Würde mit seinen weitreichenden Implikationen für das Wertverständnis und die Werthaltung als Kennzeichen eines „Ethos guter Pflege“ einen „übergeordneten Standpunkt“ einnehmen. Hierin steht die Menschenwürde als universaler und objektiver Wert in seiner orientierungsgebenden Funktion als Fluchtpunkt pflegerischer Werthorizonte an zentraler Stelle.

Zusammenfassung/Resümee

In der Auseinandersetzung mit dem Einfluss der Ökonomisierung auf die Versorgungspraxis der vollstationären Langzeitpflege und deren Folgen für die Werthaltungen der Akteure kann für den weiteren Fortgang der Untersuchung festgehalten werden, dass Werte und Werthaltungen für die Pflegenden der vollstationären Pflegeeinrichtungen von wesentlicher Bedeutung sind.

plexe Pflegekultur, die eine Wechselseitigkeit zwischen der Kultur der Institution und den handelnden Personen erzeugt; und (4) die Fähigkeit, spezielle Pflegetätigkeiten mit Würde an den Patienten durchführen zu können. Das erfordert gute Arbeitsbedingungen und entsprechende soziale Kompetenz (vgl. Adam-Paffrath, R. 2014, S. 47) in (Seedhouse und Gallagher 2002). Dennoch ist hierbei gleichzeitig davon auszugehen, dass das Verständnis von dem Begriff Würde sich je nach Kultur und Einstellung der am Pflegeprozess Beteiligten unterscheidet. Indem ein gemeinsames Verständnis hierfür geschaffen wird, kann diesem Umstand Rechnung getragen werden (ebd.).

Auch wenn Werte und Werthaltungen in den Disziplinen der Philosophie, der Wissenschaft, der Ökonomie, der Soziologie und der Psychologie unterschiedlich wahrgenommen und erörtert werden, ist die Definition des Wertbegriffes eng verknüpft mit dem Kern der Wertfrage, der in der antiken Philosophie mit den Ideen des „richtigen“, „guten“, „sinnvollen“ und damit „gelingen“ Lebens verbunden ist. In diesem Konnex tragen Werte in ihrer ethischen und sittlichen Dimension einen Norm- bzw. Sollens-Charakter, aus dem sich in jeder Situation die Frage nach der individuellen sowie kollektiven Verantwortung der Individuen für das Gute ergibt. Während in der Metaphysik das Gute und das Sein noch eins waren, so brechen diese beiden wesentlichen Orientierungspunkte in der modernen Reflexion auseinander. Daher werden Werttheorien und Wertphilosophien als Äquivalent herangezogen, um jegliche geistigen und sozialpolitischen Fragestellungen zu erörtern. In der Wiederbelebung der Wertdebatten kann so ein Ersatz für die ehemalige Metaphysik sowie für die religiöse oder philosophische Dogmatik gesehen werden.

In Verbindung mit der Frage nach den Wurzeln, dem Ursprung der Werte, vollzieht sich die Auseinandersetzung mit dem Wertbegriff in zwei Annahmen. Erstens in der Annahme einer apriorischen objektiven Existenz der Werte und zweitens in der Betrachtung der Werte als ausschließlich subjektive Präferenzen, mit denen der Mensch durch seine individuellen Wertsetzungen deren Bedeutsamkeit versucht zu begründen. Hierin besteht der tiefe Grund für die Verunsicherung, die in Verbindung mit dem Wertbegriff sowohl innerhalb der breiten Bevölkerung als auch innerhalb der akademisch geführten Diskurse immer wieder auftaucht.

Der Philosoph Hermann Lotze (1817-1881) hat zur Entstehung des Wertbegriffes maßgeblich beigetragen. Er hat, aufbauend auf der Philosophie Kants vom „*absoluten Wert*“ der vernünftigen Wesen und ihrer Selbstzweckhaftigkeit, mit seiner Lehre die moderne Ethik signifikant gefördert, indem er durch sein objektivistisches Denken Zugang zu den Wahrheiten und Werten des menschlichen Gewissens gefunden hat. Hiermit spricht er den Werten eine objektive Geltung zu. In Abgrenzung zu dem Formalismus Kants entwickelten Max Scheler (1874-1929) und Nicolai Hartmann (1882-1950) (Neukantianismus) eine personale und materiale Wertethik. Hierin gehen sie davon aus, dass der Mensch in der Lage ist, bereits geltende Werte nicht nur geistig zu erkennen, sondern diese auch über sein eigenes Wert- und Wahrheitsempfinden gefühlsmäßig wahrzunehmen. Insofern sind dem Menschen nicht nur objektive Werte vorgegeben, die für ihn gültig sind, sondern sie sind darüber hinaus auch an ein emotionales, gefühlsmäßiges Apriori gebunden.

Durch den zunehmenden Materialismus begann eine Entwicklung, in der die Ökonomisierung alle Lebensbezüge dominierte. Hiermit begann auch die verstärkte Entwicklung der Subjektivität der Individuen, verbunden mit den Interessen, ihren eigenen Willen zur Macht und zur eigenen Wertsetzung durchzusetzen. Im Zuge dieser Entwicklung verloren wertphilosophische Fragestellungen an Bedeutung und wurden als nicht zeitgemäß und unwissenschaftlich abgewertet. Dennoch kommt in der heutigen Auseinandersetzung mit dem Wertbegriff diesem eine eindeutig orientierungsgebende Funktion zu, in der sowohl objektiv-normative Vorstellungen und Inhalte als auch subjektiv-relative Inhalte miteinander in Verbindung gebracht werden. Die objektiv-normative Dimension des Wertbegriffes gilt dem, was moralisch sowie ethisch bedeutungsvoll und wozu jedermann zu verpflichtet ist. Sie bedingt ein „Sollen“ in den Handlungen, das eben einer bestimmten Wertentsprechung dient und so die ethische Legitimität einer Entscheidung in Übereinstimmung mit dem Wert erfährt. Als normative Maßstäbe tragen Werte in diesem Sinne sowohl zur Handlungsorientierung als auch zur Handlungsrechtfertigung der Individuen bei. Hierin übernehmen Werte eine (1) *Steuerungs- und Orientierungsfunktion*, (2) *eine Entlastungsfunktion* und (3) *eine Legitimationsfunktion*.

In der Betrachtung der Werthaltungen in Zusammenhang mit der Motivation und dem Handeln von Menschen wird der Wertbegriff aus der psychologischen Perspektive als Synonym für deren Wertorientierung als Werthaltung verwendet. Hierbei ist die subjektive Dimension von Werten charakterisiert durch eine „Konzeption des Wünschenswerten“, die sowohl die Art einer Handlung als auch die Mittel und das Ziel einer Handlung selbst determiniert. In diesem Zusammenhang sind Werthaltungen als dynamische und wandelbare Orientierungen einer kulturellen Entwicklung zu sehen, die in die institutionellen Ebenen hineinwirken. Zur Realisierung von Werten müssen demnach unterschiedliche Regeln aufgestellt werden, die wesentlich dazu beitragen, dass ein präferiertes Wertesystem überhaupt erst verwirklicht und zur Konkretisierung und Umsetzung sozialen Handelns in den Organisationen der Pflege beitragen kann.

In der Auseinandersetzung mit den theoretischen Aspekten pflegerischer Werthorizonte liegen unterschiedliche Theoriebildungen zu einer werteorientierten Pflege vor, indem vor allem die menschliche Verbundenheit, die zwischenmenschliche Zuwendung und die Fürsorge als Grundwerte anerkannt und gleichsam für die pflegerische Handlungspraxis vorausgesetzt werden. Ein solch werteorientiertes Verständnis der Pflege kann als grundlegende Basis für eine gelingende Versorgungspraxis in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege verstanden werden und steht in einem engen Zusammenhang mit den berufsethischen Implikationen und Werthaltungen der Pflegenden. Hier entsteht auch die Basis der berufsspezifischen Professionalisierung,

in der berufsgruppentypische Wertmuster zusammengetragen werden und sich zu einem Berufsethos verdichten lassen. Für die Pflege sind die kulturellen und damit identitätsstiftenden Wurzeln sowohl auf eine phänomenologisch-anthropologische Deutung (Remmers/Weidner) als auch auf religiöse Bindungen (Käppeli) zurückzuführen, die den Pflegenden eine berufsethische Orientierung bedeuten. Darüber hinaus sind kultur- und religionsunabhängige Bedürfnisse der Pflegenden nach einer transzendenten Möglichkeit, ihre Erfahrungen in der pflegerischen Praxis zu verarbeiten, die jenseits des Gegenständlichen liegen, für das Ethos der Pflegenden vor allem in der Care-Ethik bedeutsam (Watson).

In der Frage nach dem Fluchtpunkt der Menschenwürde als handlungsleitender Orientierung für die Pflegenden kann festgehalten werden, dass Pflegebedürftigkeit im anthropologischen Sinne immer auch das Bekenntnis zur Achtung und dem Respekt vor der menschlichen Würde bedeutet. Hierin kommt die gegenseitige Angewiesenheit in Verbundenheit zum Ausdruck. Insofern liegt jedem Pflegeprozess die Voraussetzung eines anthropologischen Verständnisses zugrunde, das als ethisches Fundament eine Orientierung bietet, um dieser Angewiesenheit des jeweiligen Pflegebedürftigen so zu begegnen, dass er sich in seiner Würde als Mensch unterstützt fühlen darf. Darüber hinaus ist die Idee der universalen Menschenwürde ebenso mit einem moralanthropologischen Selbstverständnis verbunden, das grundsätzlich mit einem sittlichen Anspruch an die Stellung des Menschen einhergeht und sich in seiner Eigenwürde manifestiert. Hierzu bieten das menschliche Bewusstsein und die Autonomie des freien Willens – so auch der Pflegenden – eine beständige Möglichkeit der inneren Reflexion, um so die eigene Würde und die Würde des anderen zu schützen. Hierbei ist gleichzeitig davon auszugehen, dass das Verständnis des Würdebegriffes, obwohl diesem im kantischen Sinne eine universale Idee vorausgeht, in unterschiedlichen Kulturen sowie im Bewusstsein der Pflegenden unterschiedlich determiniert ist und ihm eine divergente Bedeutung zukommt. Dennoch haftet dem kantischen Begriff der transzendentalen Autonomie des Willens die Voraussetzung an, die über das „Gelingen“ in der Gestaltung jedes zwischenmenschlichen Kontaktes so auch der pflegerischen Versorgungspraxis entscheidet. In der Frage nach der Gestaltung einer komplexen Pflegekultur, die wechselseitig von der Kultur der Institution und der handelnden Personen beeinflusst wird, kommt den Werthaltungen und dem Verhalten der Akteure in den Pflegeeinrichtungen eine erhebliche Bedeutung zu. Vor allem auch da, wo sich Grenzen des Berufsethos abzeichnen, wenn Pflegeethos und berufsethische Standpunkte in Zusammenhang mit den Ökonomisierungstendenzen in möglichen Konfliktsituationen stehen und die Akteure hier zu einer adäquaten situativen Entscheidung angehalten sind.

2.2 Zur Situation der vollstationären Langzeitpflege in Deutschland

Im nachfolgenden Kapitel soll auf die Entwicklung der stationären Pflegeeinrichtungen eingegangen werden, die in engem Zusammenhang mit dem demografischen Wandel und dem damit verbundenen Zuwachs der Pflegebedürftigkeit steht. Über eine kurze historische Herleitung zu den Pflege- und Betreuungsstrukturen bis hin zu den aktuellen Versorgungsstrukturen sollen Entwicklungslinien der stationären Langzeitpflege nachgezeichnet und Szenarien zukünftiger Bedarfsentwicklungen und Anforderungen aufgezeigt werden (vgl. Kap. 2.2.1). Mit Blick auf die Finanzierungsstrukturen der Einrichtungen unter dem Einfluss der Sozialgesetzgebung soll ein verstehender Zugang zu den grundsätzlichen Bedingungen der Finanzierung eröffnet werden (vgl. Kap. 2.2.2). In der Auseinandersetzung mit der stationären Langzeitpflege als soziologisches Handlungsfeld werden aktuelle deskriptive sowie empirische Befunde aggregiert, die das Feld der gerontologischen Pflege maßgeblich prägen (vgl. Kap. 2.2.3). Durch den Beitrag dieser soziologischen Wissensbestände in den pflegewissenschaftlichen Diskurs sollen wesentliche Erkenntnisse auch für die weitere Entwicklung der vorliegenden Studie generiert werden.

Einleitung

Durch die demografische Entwicklung und den Anstieg der Lebenserwartung hat sich ein weit- und tiefreichender Wandel der gesundheitlichen Problemlagen innerhalb der Bevölkerung in den westlichen Industrienationen vollzogen. Schaeffer (1998) bezeichnet diesen Aspekt als „epidemiologische Transition“, bei der sich mit dem Anstieg der Hochaltrigkeit eine gleichzeitige Zunahme chronischer Erkrankungen entwickelt hat. Auf diese Entwicklung versuchte die Gesundheitspolitik mit vorwiegend ökonomisch motivierten Steuerungsanreizen zu reagieren, die, begleitet von zahlreichen Gesetzesreformen, einen gesundheits- und sozialpolitischen Paradigmenwechsel eingeleitet haben (vgl. Schaeffer, D. 1998, S. 6 ff.).

Pflegebedürftigkeitsprognosen und Modellrechnungen weisen darauf hin, dass der vollstationäre Pflegesektor unverzichtbar sein wird. Um den aktuellen mittelfristigen und zukünftigen Herausforderungen in der qualitativen Versorgung im Bereich der vollstationären Langzeitpflege gerecht zu werden, bedarf es der Auseinandersetzung mit Konzepten, die sowohl eine quantitative als auch qualitative Sicherstellung der Pflege gewährleisten. Hierzu bedürfen die Einrichtungen einer verstärkten Wahrnehmung im Aufbau ihrer Konzepte, um insbesondere die betriebswirtschaftlichen Handlungsspielräume sowie auch die geforderte Qualität der Sorgearbeit in den Mittelpunkt ihrer Weiterentwicklung zu stellen.

In dem nachfolgenden Abschnitt sollen Entwicklung und Institutionalisierung der vollstationären Pflege in kompakter Form nachgezeichnet werden.

2.2.1 Entwicklung und Institutionalisierung der vollstationären Langzeitpflege

Die Pflege alter Menschen war bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts vorrangig Aufgabe der Kirchen, Klöster sowie der privaten Wohltätigkeit, die sich nicht nur auf die alten, sondern auch auf die armen Menschen konzentrierte – mit dem Ziel, die institutionalisierte Armenpflege dafür zu nutzen, die Armut aus den öffentlichen Gesellschafts- und Lebensbereichen in eine abgeschlossene, disziplinierungsbedürftige Kontrolle von Institutionen zu überführen. Die „Massenverelendung“ der fortschreitenden Industrialisierung hatte einen deutlichen Einfluss auf die Betrachtung des Alters innerhalb der Armenfürsorge, da Alter, Altersarmut und Krankheit zu den größten gesellschaftlichen Problemen heranwuchsen. Nach dem ersten Weltkrieg stieg der Anteil alter Menschen, die ohne Versorgung waren, durch die massenhafte Verarmung an. Dies führte dazu, die Altenpflegeeinrichtungen in ihrer originären Bedeutung hervorzuheben und als solche einzurichten. In der Weimarer Republik und zu Beginn des zweiten Weltkrieges entwickelte sich der Prozess der Institutionalisierung mit dem Ziel der Wohnraumbeschaffung fort, um der Wohnungsnot entgegenzuwirken. Im Rahmen der Räumungs- und Selektionsprozesse des dritten Reiches wurden die alten und gebrechlichen Menschen schließlich unter dem Vorwand des „lebensunwerten Lebens“ Opfer der Politik des Nationalsozialismus (vgl. Riedel, A. 2007, S. 30 ff.).

Zum Ende des 19. Jahrhunderts vollzog sich ein Wandel der bisherigen Altenpflege, indem die Versorgung der alten Menschen stets mehr in die Verantwortung des Staates überging, der die Steuerung und Regulierung der Versorgungsstruktur übernahm. Hier entstanden die ersten Altenheime, die dafür sorgten, dass die alten Menschen und die Siechen aus den Armenhäusern und den Krankenhäusern verlegt wurden. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts begannen sich die Kirchen in diesem Sektor zu engagieren. Daher wurde bis in die 1950er-Jahre die Altenpflege überwiegend von Ordensangehörigen und Diakonissen durchgeführt. Mit dem Rückgang der Zahl der Ordensschwestern und Diakonissen in den vorwiegend kirchlichen Institutionen entstanden Ende 1950er-Jahre Qualifizierungsmaßnahmen im Tätigkeitsbereich der Altenhilfe. Hierdurch konnten bei gleichzeitig ansteigender Zahl hilfs- und pflegebedürftiger älterer Menschen entsprechende Rahmenbedingungen für die Altenhilfe geschaffen werden (ebd.).

Die Entwicklung von Altenhilfeeinrichtungen lässt sich nach dem zweiten Weltkrieg sowohl in architektonischer als auch in konzeptioneller Hinsicht in fünf „Generationen“ unterscheiden.¹⁴

Die konzeptionellen Weiterentwicklungen in den Alten- und Pflegeheimstrukturen stellen Träger, Leistungserbringer und die Pflegenden gleichermaßen vor erhebliche Herausforderungen, da neben den strukturellen Veränderungen auch die konzeptionellen Entwicklungen, die sich am aktuellen Stand der pflegewissenschaftlichen und gerontologischen Forschung orientieren, gefordert sind. Die Frage nach einem menschenwürdigen Altern in den Einrichtungen der Langzeitpflege, verbunden mit der Zusicherung von Autonomie, Privatheit, Selbstbestimmung und Zuwendung, sollten hier insbesondere zur Geltung kommen, sodass die individuellen Bedürfnisse der zu Pflegenden gegenüber den strukturellen Bedingungen in den Vordergrund geraten (vgl. Riedel, A. 2007, S. 77 ff.). Der gestiegene Versorgungsbedarf sowie die veränderten Bewohnerbedürfnisse führen in den weiteren Fragestellungen zu notwendigen Anpassungsleistungen, die einer Optimierung von Arbeitsstrukturen, strukturellen Rahmenbedingungen und einer effizienten betriebswirtschaftlichen Steuerung dienen. Mit den nachgewiesenen Strukturmängeln im Gesundheitswesen und den damit verbundenen Defiziten, so wie diese im Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen unter dem Stichwort „Kooperation und Verantwortung“ (vgl. SVR 2007) verstärkt diskutiert wurden, konnten in großem Umfang Impulse erfolgen, die den Einsatz effizienter und effektiver Steuerungsinstrumente forcieren sollten (vgl. Görres, S., Reif, K. 2011, S. 581).

¹⁴ So sind die Heime der „ersten Generation“ (1945-1960) gekennzeichnet durch eine einfache Bauweise, einen hohen Anteil an Mehrbettzimmern sowie sanitären Bereichen, die nicht unmittelbar den Bewohnerzimmern zugeordnet waren (vgl. BMFSFJ 2001). Sie trugen den Charakter einer Verwahranstalt, die Goffman (1973) in seiner Analyse als die „Totale Institution“ beschreibt (vgl. Schroeter, K. R. 2006, S. 254 ff.). Die „zweite Generation“ (1960-1970) orientierte sich an einem Baustil der Krankenhäuser, bei dem die hygienischen Verhältnisse und die arbeitserleichternde Sanitärausstattung zur Verbesserung der Patientenversorgung im Vordergrund standen. Die Langzeitpflege der Bewohner war darauf ausgerichtet, dass, je nach Schweregrad der Erkrankung, ein entsprechender Versorgungsbereich zur medizinischen oder rehabilitativen Betreuung ausgewählt werden konnte (vgl. Uzarewicz, Ch. 2006, S. 53; BMFSFJ 2001). Mit den Heimen der „dritten Generation“ in den 1980er-Jahren begann ein Paradigmenwechsel. Mit dieser Konzeption verschwammen erstmals die Grenzen zwischen einer Wohn- und einer Pflegeeinrichtung, indem man versuchte, den Blick auf die „Normalität“ des Wohnens auszurichten. Große Wohnbereiche wurden zu kleineren Wohngruppen von 6 bis 8 Personen im Sinne eines Wohngruppenkonzepts zusammengefasst (vgl. BMFSFJ 2001). Im Zuge der Entwicklung der „vierten Generation“, die sich seit Ende der 1990er-Jahre langsam vollzog, konnte eine entscheidende Wende in der Pflege und Betreuung alter Menschen eingeleitet werden. Auch dieses Konzept verfolgte das Prinzip der „alltagsnahen Normalität“ und orientiert sich vornehmlich an den Leitbildern familienähnlicher Lebensstrukturen, in denen die Möglichkeit eines selbstbestimmten Lebens der Pflegebedürftigen in einer Hausgemeinschaft realisiert werden konnte. Im Vordergrund dieses Konzeptes steht die Lebensqualität der Bewohner, wobei die pflegedominierenden Aspekte zurücktreten (vgl. BMG 2008). Mit den Planungen der Quartiershäuser soll in der „fünftten Generation“ der Heime eine Vernetzung der Heime mit dem Sozialraum stattfinden, sodass ein „Leben in Privatheit“, ein „Leben in der Gemeinschaft“ und ein „Leben in der Öffentlichkeit“ miteinander verbunden werden können (vgl. Michell-Auli, P. 2011).

2.2.2 Stationäre Langzeitpflege unter dem Einfluss der Sozialgesetzgebung

Im Unterschied zu Großbritannien und Schweden, jedoch ähnlich wie in Frankreich, wird das deutsche Gesundheitswesen zum großen Teil durch Versicherungsbeiträge und nicht durch Mittel der öffentlichen Haushalte finanziert. In diesem Kontext war für die Entwicklung des Gesundheitssystems in Deutschland die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Bismarck'sche Sozialgesetzgebung im Jahre 1883 besonders prägend. Mit der Bismarck'schen Reform des Hilfskassenwesens (1883) wurde die medizinische Krankenhilfe zur Pflichtleistung der Krankenkassen eingeführt (vgl. Xaver-Kaufmann, F. 2003, S. 29).

Mit der Einführung neuer gesetzlicher Regeln im Bereich der Sozialgesetzgebung verändern sich die Anpassungs- und Orientierungsprozesse im Bereich der vollstationären Pflege, indem neue Aufgaben für die Profession formuliert wurden. Für die Versorgung der älteren Menschen sind es vor allem die Rechtsgebiete des Sozialversicherungsrechts, das Kranken- und Pflegeversicherungsrecht sowie das Sozialhilferecht, welche die zentralen Aspekte der Pflege und Versorgung der älteren Menschen regulieren.

Zur Finanzierung durch das Bundessozialhilfegesetz (SGB XII):

Mit dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), das am 01. Juli 1962 in Kraft trat, wurde das bis dahin bestehende Fürsorgerecht abgelöst und sollte mit seiner Kritik an der bisherigen Lebenslage der älteren Menschen eine neue Definition einleiten. Im Vordergrund stand die Förderung und weitere Entwicklung zur Verbesserung der Lebenslagen der älteren Menschen. Durch die Einführung des § 75 BSHG wollte man eine Sensibilisierung für die gesellschaftliche Bedeutung der älteren Menschen erwirken, indem Altenhilfepolitik explizit zu einem eigenständigen Politikfeld hervorgehoben wurde (vgl. Riedel, A. 2007, S. 134 ff.).

(1) „Alten Menschen soll außer der Hilfe nach den übrigen Bestimmungen dieses Gesetzes Altenhilfe gewährt werden. Sie soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen.“ (§75 BSHG)

Im Jahre 2004 wurde das Bundessozialhilfegesetz durch das SGB XII abgelöst (vgl. Riedel, A. 2007, S. 136 ff.). Der Leistungsanspruch aus dem SGB XII für die vollstationäre Unterbringung resultiert für die zu Pflegenden vor dem Hintergrund der nachfolgenden Regelung, die der § 61 SGB XII im Sinne der „Hilfe zur Pflege“ für die Leistungsberechtigten vorschlägt.

(1) „Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf

Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, ist Hilfe zur Pflege zu leisten. [...] für Leistungen für eine stationäre oder teilstationäre Einrichtung gilt dies nur, wenn es nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, insbesondere ambulante oder teilstationäre Leistungen nicht zumutbar sind oder nicht ausreichen.“ (§ 61 SGB XII)

In diesem Sinne haben Pflegebedürftige Anspruch auf eine Versorgung im Bereich der vollstationären Langzeitpflege, wenn eine häusliche oder teilstationäre pflegerische Versorgung nicht geleistet werden kann oder durch besondere Umstände in einem je individuellen Falle in Betracht zu ziehen ist. Die Pflegeversicherung beteiligt sich lediglich an den anfallenden Pflegekosten, die sich aus dem tatsächlichen Pflegeaufwand, dem Aufwand für die medizinische Behandlungspflege sowie dem Aufwand für die soziale Betreuung in der Pflegeeinrichtung ergeben. Insofern handelt es sich bei den Beiträgen der Pflegeversicherung um einen Betrag, der im Sinne einer Teilleistungs-Versicherung beigetragen wird, jedoch durch einen weiteren Eigenanteil der Pflegebedürftigen ergänzt werden muss, um die vollständigen Heimkosten abdecken zu können. Reichen die Möglichkeiten zur Ergänzung dieser Eigenbeiträge aus den jeweiligen Renten- oder Vermögenszusammenhängen für die vollstationäre Pflege und Betreuung nicht aus, so ist eine kritische Einzelfallprüfung durch die Sozialhilfeträger nach den Grundsatzbestimmungen des SGB XII vorzunehmen, da diese für die Ergänzung der Fehlbeträge aufkommen. Die Kosten für den Lebensunterhalt in den Einrichtungen richten sich nach den Leistungen der Grundsicherung. Hierzu zählen vor allem die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die in voller Höhe zu übernehmen sind. Die Übernahme der Kosten durch den Sozialhilfeträger setzt voraus, dass ein Versorgungsvertrag zwischen dem Sozialhilfeträger und der jeweiligen Einrichtung vorliegt, der nach § 75 ff. SGB XI geschlossen wurde, um die Grundlagen hierzu zu sichern. Generell sind im Einzelfalle Ausnahmen möglich (§ 75 Abs. 4 SGB XI). Sollte kein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bestehen oder das Budget der Pflegekasse zur Deckung der Pflegekosten nicht ausreichen, übernimmt der Sozialhilfeträger nach § 61 Abs. 2 Satz 1 SGB XII die Pflegekosten (§ 61 SGB XII).

Zur Finanzierung durch das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)

Eine grundlegende Änderung im Bereich der pflegerischen Leistungs- und Finanzierungsbedingungen vollzog sich Mitte der 1990er-Jahre durch die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes. Mit dieser Einführung wurde eine gänzlich neue Grundlage zur Finanzierung der Pflegeleistungen geschaffen, die mit einer Aufwertung der leistungs- und sozialrechtlichen Position der Pflege einherging (vgl. Slotala, L. 2011, S. 19).

Mit der Einführung der Pflegeversicherung reagierte die Politik auf die neuen Anforderungen der gesundheitlichen Versorgung und begann diese im Sinne eines Steuerungssystems in den Jahren 1995/1996 als fünfte Säule des Sozialversicherungssystems umzusetzen. Die Pflegeversicherung als Sozialgesetz, die im 11. Sozialgesetzbuch (SGB XI) näher beschrieben ist, dient als politische Maßnahme zur Absicherung des Pflegerisikos, das im politischen Gesamtkonzept zu den Kernaufgaben der heutigen Sozialstaatspolitik gehört und auf einen sozioökonomischen Ausgleich sowie auf eine Chancengleichheit ausgerichtet ist (vgl. Hofemann, K., Naegele, G. 2000, S. 217).

Mit ihrer Einführung¹⁵ hat sich die soziale Sicherung der Pflegebedürftigkeit somit zu einem eigenständigen sozialpolitischen und sozialrechtlichen Tatbestand entwickelt. Die gesetzliche Pflegeversicherung umfasst nahezu die gesamte Bevölkerung¹⁶ und folgt dem Grundsatz, dass alle krankenversicherungspflichtigen Personen gleichermaßen pflegeversichert sind. Die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen sich auf die durch das Gesetz definierten „pflegebedürftigen“ Personen, wobei der Grad der Pflegebedürftigkeit durch die Pflegestufen bestimmt wird, die jeweils unterschiedliche Leistungen nach sich ziehen und diese legitimieren (vgl. Hofemann, K., Naegele, G. 2000, S. 229 f.). Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes (§14 SGB XI) ist demnach:

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen (§14 SGB XI).

Zum Begriff der Pflegebedürftigkeit

In einem Bericht des „Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“¹⁷ aus dem Jahre 2009 konnten Überlegungen zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und zu einem neuen

¹⁵ Die Einführung der gesetzlichen Pflegeabsicherung in der Bundesrepublik Deutschland erfolgte nach beinahe 20-jähriger Diskussion. Im Jahre 1995 trat das Gesetz zunächst mit den Leistungen zur häuslichen Pflege und ein Jahr später, 1996, für den stationären Bereich in Kraft (vgl. Blüher, S., Stosberg, M. 2005, S. 177).

¹⁶ Versicherte, die in einer privaten Krankenversicherung (PKV) versichert sind, sind aufgefordert eine private Pflegeversicherung abzuschließen. Hierdurch ist der Verband der privaten Krankenkassen (PKV) zum ersten Mal durch den Gesetzgeber in die Versorgung der Bevölkerung einbezogen worden. Die PKV muss die gleichen Leistungen gewährleisten wie die Gesetzlichen Pflegekassen (GKV). Für Beamte und Beihilferechtigte ist ebenfalls der PKV zuständig (vgl. Hofemann, K., Naegele, G. 2000, S. 229).

¹⁷ Ein durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eingesetzter Beirat, bestehend aus verschiedenen Vertretern von Verbänden, Institutionen und Wissenschaft, wurde in den Jahren 2006-2009 mit der Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und einer damit einhergehenden Veränderung des Begutachtungsverfahrens auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit beauftragt. Im Rahmen der Hauptphase, die durch den medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS),

Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI aufgezeigt und entsprechende Empfehlungen abgegeben werden (BMG 2009). Hierdurch rückt ein erweitertes Verständnis in die Diskussion der Pflegebedürftigkeit, indem folgende Grundgedanken berücksichtigt werden:

„Pflegebedürftigkeit entsteht, wenn ein Mensch nicht über die Fähigkeit, das Wissen oder die Willenskraft verfügt, um körperliche oder psychische Beeinträchtigungen, gesundheitsbedingte Belastungen oder Anforderungen selbständig zu kompensieren beziehungsweise zu bewältigen“ (Wingenfeld, K., Schaeffer, D. 2011, S. 9).

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sollen in einer Ausdifferenzierung der Pflegestufen von bisher drei auf nun fünf Stufen die Potenziale der pflegebedürftigen Personen, ihre Selbstständigkeit und Teilhabefähigkeit stärker fokussiert werden. Hierdurch soll eine Gleichstellung von psychisch-kognitiven und somatischen Beeinträchtigungen der Betroffenen herbeigeführt werden, um der Benachteiligung dieser Personen zu begegnen (Wingenfeld, K. et al. 2011).¹⁸

In einer ersten Zwischenbilanz des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) erwähnen die Autoren Hofemann/Naegele (2000) wesentliche Kritikpunkte in Verbindung mit ihrer Einführung. Hierzu zählen vor allem die eingeführte Orientierung des Pflegeleistungsbedarfes an Minuten, da dies als wesentlicher „Baustein“ auf dem Weg zur Rationierung von Leistungen in der Sozialversicherung bzw. im Gesundheitssystem interpretiert werden kann sowie die Konzeption des Versicherungssystems als „Teilkaskoversicherung“. Dadurch, dass das Pflegeversicherungssystem eine tatsächliche Bedarfsorientierung nicht vorsieht, sondern durch festgelegte Beitragssätze ein Finanzierungspotenzial zur budgetierten Teilabsicherung bereitstellt, führt diese Konzeption, so die Autoren, bei steigenden Kosten zu einer steten Leistungsver schlechterung insbesondere in den stationären Einrichtungen, da dort die Leistungsstandards als besonders hoch einzuschätzen sind (vgl. Hofemann, K., Naegele, G. 2000, S. 237 ff.).

Mit der Einführung der gesetzlichen Pflegeabsicherung verändern sich die Rahmenbedingungen pflegerischen Handelns erheblich, da sie mit ökonomischen Aspekten verbunden werden. Blüher/Stosberg (2005) bezeichnen diesen Einschnitt als besonders „tiefgreifende Zä-

Essen und das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen durchgeführt wurde, ist das Instrument praktisch erprobt und auf seine Eignung, Ziel- und Nutzenorientierung hin überprüft worden. Ziel des Projektes war die Entwicklung eines Begutachtungsinstrumentes, das auf wissenschaftlicher Erkenntnis beruht und in der Praxis umsetzbar ist (vgl. Wingenfeld, K.; Schaeffer, D. 2011).

¹⁸ Das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) ist am 1. Januar 2016 in Kraft getreten. Das neue Begutachtungsverfahren und die Umstellung von Pflegestufe auf Pflegegrad sollen zum 1. Januar 2017 wirksam werden (BMG 2016).

sur“, die den Übergang vom „Pflegesektor zum Pflegemarkt“ einleitet, ein Wirkungsgeschehen, das bisher im deutschen Sozialversicherungssystem so nicht bekannt war (vgl. Blüher, S., Stosberg, M. 2005, S. 177). Durch die demografische Entwicklung unterliegt die Pflegeversicherung einem andauernden Reformprozess, der sowohl durch die veränderten Pflegebedarfe als auch durch die Notwendigkeit zur „Nachjustierung der Finanzierung“ bedingt ist. Neue Versorgungsformen sowie erweiterte Leistungsangebote für Menschen mit Demenz, Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die Einführung von Pflegestützpunkten zur Pflegeberatung kennzeichnen diese Entwicklungen (vgl. Klie, Th. 2013, S. 322). Inzwischen, 20 Jahre nach der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes, zieht Naegele (2014) eine sozialpolitischen Bilanz, indem er die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes als Erfolgsmodell betrachtet, da das Risiko der Pflegebedürftigkeit mit der Einführung der fünften Säule des traditionellen Sozialversicherungssystems in ein eigenständiges und unabhängiges Leistungssystem überführt worden ist. Darüber hinaus erfährt die Pflegebedürftigkeit als soziales Risiko des höheren Lebensalters eine gesellschaftliche Anerkennung. Naegele konstatiert überdies, dass die Bedeutung der Pflegeprofession gegenüber der Medizin gestärkt und der Weg der Akademisierung der Pflege hierdurch unterstützt wurde (vgl. Naegele, G. 2014, S. 15 f.).

Zur Entwicklung der Versorgungsstruktur

Mit den gesundheitspolitischen Veränderungen entwickelte sich auch die Angebotsstruktur der pflegerischen Versorgungsbereiche. Im Dezember 2013 waren in Deutschland 2,63 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Mehr als zwei Drittel (71 %) bzw. 1,86 Millionen Pflegebedürftige wurden nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes zuhause versorgt. Nach Berechnungen des Bundesamtes ist im Vergleich zu Dezember 2011 hiermit die Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland um 5,0 % beziehungsweise um 125 000 Personen angestiegen. Im Vergleich zum Erhebungszeitraum im Jahre 2011 nahm die Nachfrage nach Pflegeleistungen in den Einrichtungen der vollstationären Pflege zu. Die Anzahl der Pflegebedürftigen, die in den Einrichtungen der vollstationären Pflege versorgt werden, stieg somit um 4,4 % (35 000) Personen an. Die Anzahl der Heime wuchs insgesamt mit 700 Einrichtungen um 5,5 % und die Zahl der Heime mit einer vollstationären Dauerpflege um 2,3 % bzw. 200 Einrichtungen. Die Zahl der teilstationär versorgten Pflegebedürftigen entwickelte sich mit 30,6 % überdurchschnittlich. Von den insgesamt 822 000 Pflegebedürftigen, die in den vollstationären Pflegeeinrichtungen leben, zeigt sich in mehr als der Hälfte der Fälle (59 %) eine eingeschränkte Alltagskompetenz. Im Zuge der Entwicklung der Kundensouveränität gewinnt die

Nachfrage nach Einzelzimmern zunehmend an Bedeutung und nimmt mit einem Anstieg von 5,8 % bzw. 29 000 Plätzen zu (Pflegestatistik 2013).

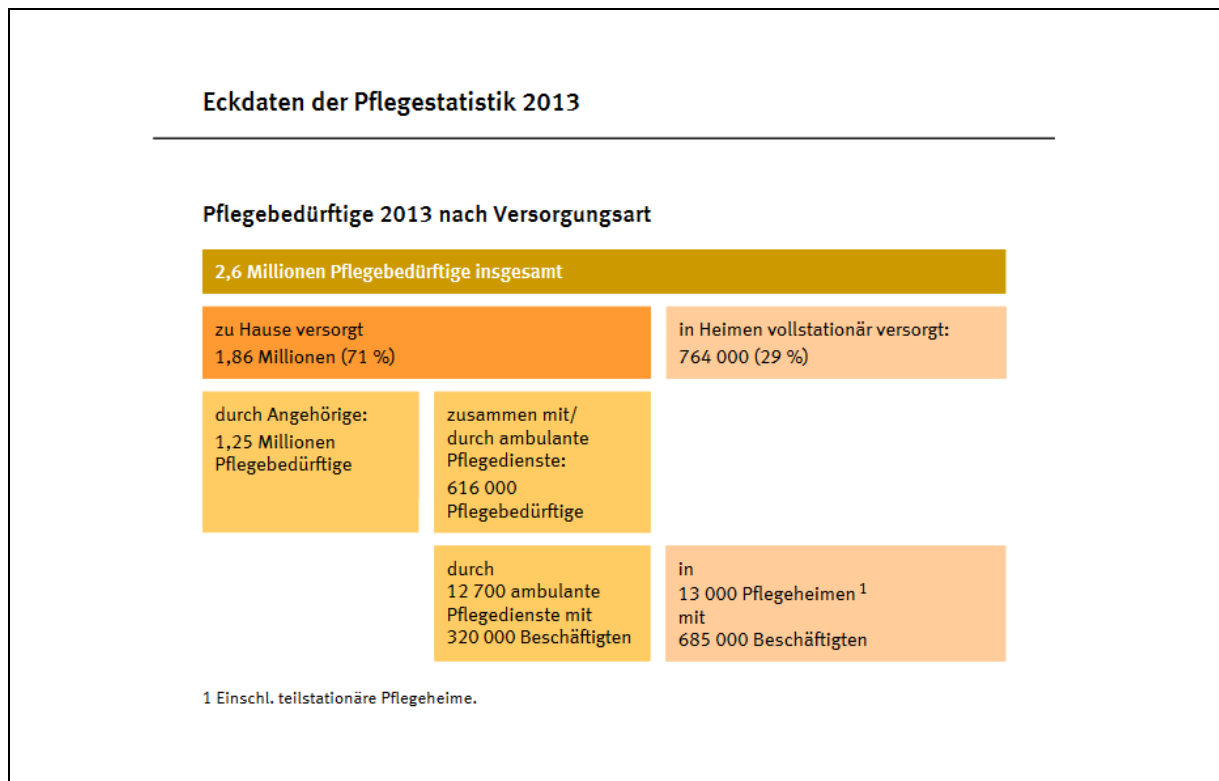


Abbildung 2: Pflegebedürftige 2013 nach Versorgungsart

Quelle: (Pflegestatistik 2013, Statistisches Bundesamt 2015)

In einem langfristigen Zeitvergleich zeigt sich statistischen Vorausberechnungen durch das Bundesamt zufolge ein Trend hin zur professionellen Pflege in den vollstationären Pflegeeinrichtungen. Nach den Ergebnissen dieser Vorausberechnung dürfte die Zahl von 2,25 Millionen Pflegebedürftigen im Jahre 2007 auf 3,37 Millionen Pflegebedürftige im Jahre 2030 ansteigen. Dies entspricht einer Steigerung der pflegebedürftigen Personen in Deutschland von 50 % (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010).

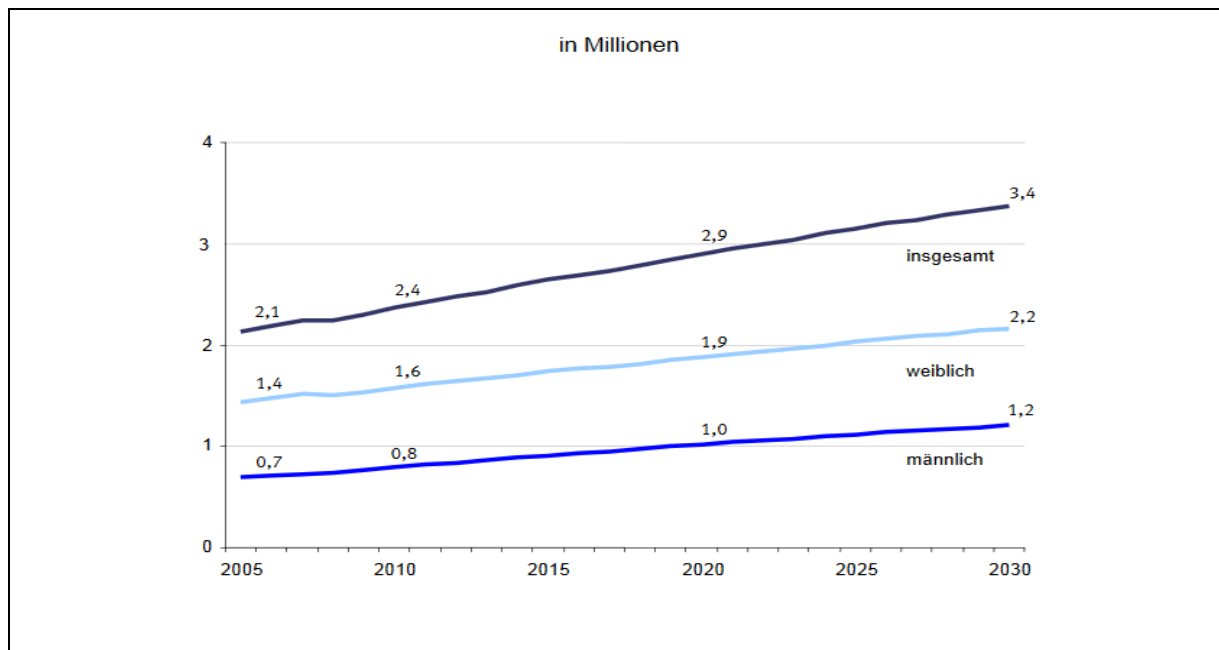


Abbildung 3: Pflegebedürftige in Deutschland von 2005 bis 2030 (Status-quo-Szenario)

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010, S. 28

Diese Zahlen verweisen auf einen tiefgreifenden Strukturwandel, da heute in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege überwiegend schwer- und schwerstpflegebedürftige Personen in hohem Alter betreut werden und somit Hochbetagte überproportional in den Einrichtungen vertreten sind. Die Pflegeeinrichtungen sind daher nicht mehr nur als Stätten des langjährigen Wohnens anzusehen, sondern als Einrichtungen, in denen die Pflegebedürftigen in den späten Phasen chronischer Erkrankungen gepflegt, in der Bewältigung ihrer Erkrankungen unterstützt und im Prozess des Sterbens begleitet werden (vgl. Wahl, H-W., Schneekloth, U. 2009, S. 18 f.). Auch die Tendenz einer steten Reduzierung der Verweildauer in den stationären Akuteinrichtungen führt möglicherweise dazu, dass ältere bzw. hochaltrige Personen frühzeitig aus dem Krankenhaus in die Einrichtungen der stationären Pflege entlassen werden, um dort Akutbehandlungen abzuschließen oder um Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen (ebd.).

Alle Pflegebedürftigkeitsprognosen und Modellrechnungen gehen indes davon aus, dass der stationäre Pflegesektor zukünftig unverzichtbar bleibt, sodass damit verbunden eine inhaltliche Weiterentwicklung der Qualitätskonzepte gefordert ist (vgl. Höhmann, U. 2010, S. 3). Durch den Einfluss der Pflegewissenschaft und die damit einhergehende Weiterentwicklung pflegespezifischer Qualifikationen kann die Pflegepraxis den steigenden Anforderungen professionell begegnen, um durch fachliche Qualifikation und Kompetenz die Pflege- und Versorgungssituation zu optimieren (vgl. Riedel, A. 2007, S. 130).

2.2.3 Stationäre Langzeitpflege als soziologisches Handlungsfeld

Aus soziologischer Perspektive besteht die vordergründige Aufgabe der vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen in der Pflege, Betreuung und Versorgung älterer Menschen darin, dass sie in einer funktional strukturierten Form unter formulierten zeitlichen Rahmenbedingungen und Budgets geleistet werden muss. Das übergeordnete Ziel der Organisation ist dabei die Gestaltung einer menschenwürdigen Umgebung für überwiegend ältere, chronisch erkrankte Menschen, deren Wohlbefinden durch eine warmherzige Atmosphäre unterstützt werden soll. Gleichzeitig sind die Einrichtungen innerbetrieblichen Vorgaben unterworfen, die sich an gesetzlichen Bestimmungen, wie beispielsweise denen des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) und des Pflegequalitätssicherungsgesetzes (PQsG) orientieren müssen. Des Weiteren besteht die Notwendigkeit zu ökonomischem Handeln, das durch die Bedarfslage, Markt- und Konkurrenzfähigkeit sowie durch ein effizientes Kostenmanagement bestimmt wird. Diese unterschiedlichen Ziele werden in der Pflegepraxis häufig als gegensätzlich empfunden und führen daher vielfach zu Konflikten. So entsteht durch den Gegensatz eines rationalen und kostenorientierten Handlungsdrucks einerseits und der Anforderung an eine bewohnerorientierte Betreuung andererseits eine Einengung des beruflichen Handelns, das bei den Pflegenden sowie bei den Bewohnern vielfach Konflikte- und Spannungspotenziale eröffnet. Unter dem Diktat: „Pflege muss sich rechnen“ stehen sich unterschiedliche Berufsgruppen in den stationären Pflegeeinrichtungen gegenüber, die oftmals einen „Spagat“ zwischen dem ökonomischen Druck und dem Bedürfnis nach individueller Betreuung beklagen.¹⁹ Erschwerend kommt hinzu, dass sich die spezifische Charakteristik einer vollstationären Pflegeeinrichtung dadurch auszeichnet, dass sie nicht nur partielle Leistungen anbietet, sondern ihren Bewohnern ein Zuhause bietet, in welchem diese nahezu vollständig und häufig über viele Jahre bis hin zum Tod begleitet und gepflegt werden (vgl. Schroeter K. R. 2006, S. 142 ff.). Hierin kommt dem Beziehungsaufbau und der kontinuierlichen Beziehungspflege zu den Bewohnern eine besondere Bedeutung zu.

Da für jedes unmittelbare Pflegehandeln die menschliche Begegnung von zentraler Bedeutung ist, ist die Pflege als soziales System zu verstehen, da jegliches Pflegehandeln generell mit einem sozialen Aspekt verbunden ist. Die Soziologie der Pflege gehört somit zu den Kerndisziplinen der Pflegewissenschaft, indem die Kommunikation das zentrale Element einer jeglichen sozialen Interaktion ausmacht (vgl. Bauch, J. 2005, S. 71 f.). Aus diesem Blickwinkel teilt die Pfl-

¹⁹ Auf die Auswirkungen und die Folgen der Ökonomisierung soll in dem nachfolgenden Kapitel (vgl. Kap. 2.3) ausführlich eingegangen werden.

ge mit der Soziologie viele Gemeinsamkeiten, insoweit Beziehungshandeln zentral ist. Dennoch unterscheidet sich die Pflegewissenschaft von allen anderen Sozialwissenschaften dadurch, dass der menschliche Körper/Leib in den jeweiligen Aspekten des Pflegehandelns unmittelbar einbezogen ist. Für die Entwicklung der Pflegewissenschaft sind die theoretischen Ansätze und die Forschungsmethoden der Soziologie von großer Bedeutung (vgl. Goerres, S., Friesacher, H. 2005, S. 33). Daher soll diese Perspektive für den Verlauf der vorliegenden Studie besonders gewürdigt werden.

Pflege als figuratives Feld

In einer Beschreibung der grundlegenden Beschaffenheit des Pflegefeldes greift Schroeter (2005) auf die Gesellschaftstheorie Bourdieus²⁰ zurück. Folgt man der Logik der Theoriebildung Bourdieus zur Konstruktion eines Feldes²¹, so kann die soziale Welt als eine Art „Sozialtopologie“ verstanden werden, die sich in einem dreidimensionalen Raum darstellen lässt, in dem eine Vielzahl relativ autonomer untergeordneter Felder bestehen. Innerhalb dieser Felder sind die Akteure bestrebt, ihre sozialen Positionen, Ressourcen sowie ihre Macht und ihr Kapital zu sichern, indem sie um Positionen, Güter und Einflusschancen konkurrieren, damit ihre strategische Position innerhalb des Feldes verbessert oder aber wenigstens aufrechterhalten werden kann. Insofern sind die sozialen Felder stets auch „relationale Handlungsfelder“, die ebenfalls als „figurative Felder“ bezeichnet werden können, in denen sich durch die gegebenen Strukturen „Verflechtungen und Abhängigkeiten“ gestalten, die sich wechselseitig bedingen. Die Akteure in den Feldern beziehen und stützen sich auf eine je feldspezifische Hintergrundüberzeugung, welche stillschweigend angenommen und miteinander geteilt wird (vgl. Schroeter, K. R. 2005, S. 86 ff.). Diese, im Feld selbstständig angesehenen Regeln, Formen des Wissens und Handelns, die implizit vorliegen, bezeichnet Bourdieu mit dem altgriechischen Begriff „Doxa“. Für das Feld der Pflege bedeutet dies:

²⁰ Pierre Bourdieu (1930-2002) galt als Machtanalytiker, der nach dem Tode von Sartre und Foucault das entstandene „politische Vakuum“ im intellektuellen Feld Frankreichs ausfüllte. Bourdieu lehrte als Professor für Soziologie am Collège de France in Paris (vgl. Schwingel, M. 1995, S. 7). In seinen Untersuchungen zur französischen Gesellschaft befasst Bourdieu sich unter der Annahme einer bestehenden Klassengesellschaft mit den Unterschieden der gesellschaftlichen Klassen, die sich durch deren unterschiedliche gesellschaftliche Hintergründe durch bestimmte Merkmale voneinander unterscheiden. Hierin stellt Bourdieu vor allem die Unterschiede in der Verfügung von Kapital, hinsichtlich des Geschmacks sowie der Unterschiede in den Lebensstilen als zentrale Unterscheidungsmerkmale in den Mittelpunkt (vgl. Abels, H. 2009, S. 303).

²¹ Neben der hier eingeführten Gesellschaftstheorie Bourdieus und seinen Ausführungen zu den feldtheoretischen Zusammenhängen findet eine tiefergehende Auseinandersetzung zur Grundlogik der Feldtheorie in (Kap. 2.4.1) statt, indem die Einflüsse der Ökonomisierung auf die jeweiligen gesellschaftlichen Teilbereiche – vor allem jedoch auf das Feld der Pflege – vor dem Hintergrund des Feldkonzepts (Bourdieu) erörtert werden.

„[...] der 'Glaube' an die Wirksamkeit der Gesundheitsförderung, die Überzeugung von der Stichtaltigkeit des Ressourcenansatzes, die Vorstellung von der Notwendigkeit der Kompetenzaktivierung und Förderung der Menschenstärken (Empowerment) sowie daraus abgeleitet die für angemessen erachtete lebenswelt- und biografieorientierte Pflege, die ganzheitliche oder holistische Pflege, das 'New Nursing' usw.“ (Schroeter, K. R. 2005, S. 88).

Der Gesellschaftstheorie Bourdieus bei der Beschreibung der grundlegenden Beschaffenheit des Pflegefeldes in der vollstationären Langzeitpflege folgend, haben die Pflegebedürftigen dort schlechte Voraussetzungen, da ihr Kapital²² in mehrerer Hinsicht einem „permanenten Schwund“ unterliegt. Diese Einschätzung Bourdieus in Bezug auf das Feld der stationären Langzeitpflege kann wie folgt zusammengefasst werden:

Die hohen Heimkosten zehren die finanziellen Reserven mittelfristig und langfristig auf, sodass das ökonomische Kapital schwindet. Die sozialen Beziehungsnetzwerke schrumpfen mit dem zunehmenden Verlust der sozialen Kompetenz der Pflegebedürftigen, was ein Schwinden des sozialen Kapitals nach sich zieht. Des Weiteren droht mit zunehmendem Alter die Gefahr des Gedächtnisverlustes, sodass im Sinne Bourdieus von einem Schwinden des kulturellen Kapitals gesprochen werden kann. Mit dem Schwinden des körperlichen Kapitals schließlich, das mit Krankheit und einer Zunahme von Schwäche und allgemeiner Anfälligkeit verbunden ist, drohen Autorität, Respekt und Status im Sinne des symbolischen Kapitals verlorenzugehen. Darüber hinaus befinden sich die beruflich Pflegenden gegenüber den Pflegebedürftigen in einer dominierenden Position, die durch ein „Machdifferenzial“ zwischen schwächeren Hilfsbedürftigen und den sogenannten stärkeren Helfern konstituiert ist. Eine Situation, welche die Bewohner der Einrichtungen dazu veranlassen können, Strategien zu entwickeln, um sich die Zuwendung des Pflegepersonals durch Anpassung zu sichern (vgl. Amrhein, L. 2005, S. 118 ff.). Dennoch ist mit der Vulnerabilität älterer Menschen andererseits auch ein Zuwachs an Kapital verbunden, indem ganze Berufszweige davon profitieren. Durch die Entwicklung der Gesundheits- und Pflegeberufe hat

²² In Bourdieus feldtheoretischer Konzeption bedeutet jedes Feld auch einen Entstehungsort spezifischer Kapitalformen. In seiner Differenzierung geht Bourdieu davon aus, dass das ökonomische Kapital materiellen Besitz und Vermögen umfasst, das soziale Kapital aus aktuellen und potenziellen Ressourcen besteht, die auf die Zugehörigkeit einer bestimmten sozialen Gruppe verweisen und das kulturelle Kapital alle inkorporierten Kompetenzen, die durch Wissen, Erfahrungen und Fähigkeiten erworben wurden, beinhaltet. Als eine weitere Kategorie der Kapitalformen erwähnt Bourdieu das symbolische Kapital, das als „Status“ oder „Prestige“ dient. Auf das Feld der Pflege übertragen bedeutet dies, dass in einer weiteren Unterform des kulturellen Kapitals „das körperliche „Kapital“ mit einem Verfall verbunden ist, indem der menschliche Körper mit seinen Attributen, der Gesundheit, Stärke und Schönheit austauschbar und daher mit einem hohen „Schwundrisiko“ verbunden ist. Demnach führen Krankheit und Alterungsprozesse zu einem generellen Schwinden der Attraktivität und der Leistungsfähigkeit, sodass dies zu einem Wertverlust bzw. einem Schwinden an körperlichem Kapital beiträgt (vgl. Bourdieu, P. 2012).

sich der Arbeitsmarkt im Bereich der sozialen Dienstleistung als Wachstumsmarkt etablieren können. Obwohl die Pflege sich durch die Professionalisierungsprozesse langsam aus dem medizinischen Feld zu lösen beginnt, ist es ihr bisher jedoch noch nicht gelungen, ein eigenes, selbstreferenzielles System zu entwickeln. Durch den Prozess der Akademisierung und die Verwissenschaftlichung spezifischer Pflegefunktionen erfährt die feldeigene Autonomie der Pflege eine Unterstützung, indem sie sich von der Medizin abzugrenzen versteht. Die allmähliche, schwerpunktmäßige Verlagerung von den Akuterkrankungen hin zu den chronisch-degenerativen Erkrankungen des höheren und hohen Alters, die mit einer langfristigen Unterstützung und Betreuung der Pflegebedürftigen einhergeht, bietet die Möglichkeit, dass sich eine Eigenständigkeit der Pflege entwickeln kann (vgl. Schroeter, K. R. 2005, S. 95). Hier sind durchaus Autonomisierungstendenzen erkennbar, da die Pflege alter Menschen nicht vordergründig durch die Behandlungspflege der Medizin bestimmt wird. Dennoch bleibt zweifelhaft, ob sich ein eigenes Sozialsystem der Pflege etablieren wird, da sich durch das Krankheitsbild der Multimorbidität „*Diffusionseffekte des medizinischen Codes*“ auch im Bereich der stationären Langzeitpflege ältere Menschen nicht vermeiden lassen (vgl. Bauch, J. 2005, S. 73).

Obwohl sich der Akademisierungs- und Professionalisierungsprozess in der Pflege weiterentwickelt hat, geht Roth (2007) insgesamt von einer prekären Lage der Pflegenden aus, die mit den konstitutiv schwierigen Arbeitsbedingungen des sozialen Feldes in Verbindung zu bringen ist. Hieraus resultieren erhebliche zeitliche Anforderungen an die Pflegenden, große körperliche Belastungen sowie geringe Entscheidungskompetenzen der Pflegenden. Außerdem ist laut Roth von geringen beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten und einer vergleichsweise schlechten Bezahlung des Pflegepersonals auszugehen. Günter Roth, der zu den „Dilemmata der Altenpflege“ Stellung bezogen hat, greift zur Erklärung der sozialen Logik der gerontologischen Pflege auf die Feldtheorie Bourdieus zurück und fasst zusammen, dass die soziale Stellung der Pflege sowohl mit einer mangelnden Bereitschaft als auch mit einer mangelnden Fähigkeit der Pflegenden einhergeht, ihre Interessen wahrzunehmen und entsprechend zu artikulieren. Dies, so Roth, sei mit einem fehlenden professionellen Habitus und einem sehr geringen Qualifikationsniveau der Pflegenden verbunden. Diese Voraussetzung erkläre auch das Unverständnis der Pflegenden für die Notwendigkeit zur Einschätzung von Risiken, der Dokumentation sowie der Planung und Messung von pflegerischen Maßnahmen. Die Pflegenden fassen diese Aspekte des Pflegeprozesses als unangenehme Bürokratie auf und praktizieren dadurch eine Haltung, die Roth mit der prekären sozialen Situation der überwiegend weiblichen Pflegenden in Verbindung bringt. Diese Gruppe von Pflegenden, so Roth, assoziiere die Pflege mit dem „Ideal der Familie“ wodurch ihre pflegerische

Haltung stark durch eine Helferorientierung geprägt ist. Der tradierte Habitus in der Altenpflege, der gekennzeichnet ist von „Überversorgung“, „Paternalismus“, „Infantilisierung“ und „Demobilisierung“ ist bisher noch nicht von einem professionellen Habitus abgelöst worden. Aus diesem „disparaten“, semiprofessionellen Habitus, so Roth, folgen im pflegerischen Alltag Dilemmata und latente Konflikte, die mit der Logik des Feldes eng zusammenhängen (vgl. Roth, G. 2007, S. 87 f.). Darüber hinaus, so Roth, bewegt sich die soziale Situation der Pflegenden, vor allem die der Altenpflegerinnen und Krankenpflegerinnen (§71 Abs. 3 SGB XI)²³ in der unteren Mitte „neuer aufstiegsorientierter kleinbürgerlicher Milieus“, die sich zu helfenden, sozialen und gesundheitlichen Aufgaben berufen fühlen. Dennoch sind sie bestrebt, sich abzugrenzen von einem Habitus asketischer Moral, wie diese für das alte Kleinbürgertum üblich ist, das sich durch Fleiß, Ordnung und Bescheidenheit auszeichnet. Im Gegensatz hierzu beschreibt Roth das Bestreben der Pflegenden in den Altenpflegeeinrichtungen nach einer habituellen Abwehr vor allem gegenüber der Rezeption pflegewissenschaftlicher Literatur (vgl. Roth, G. 2007, S. 84 f.). Studien, die sich mit der Vereinbarung beruflicher Pflegearbeit und der Lebensführung Pflegender befassen, liefern weitere Erkenntnisse über die Soziologie der Pflege.²⁴

Zusammenfassung/Resümee

Für den weiteren Gang der Untersuchung zur Ökonomisierung der stationären Langzeitpflege soll der gewachsene Bedarf der Pflege, die gesellschaftliche und institutionelle Entwicklung der gerontologischen Pflege sowie die Grundlagen zur Finanzierung der Pflegeeinrichtungen festgehalten werden. Darüber hinaus soll unter Rekurs auf die Feldtheorie Bourdieus ein Einblick in die Perspektive der Langzeitpflege als soziologisches Handlungsfeld ermöglicht werden. Diese Perspektive dient dazu, die feldspezifischen Strukturen und die damit verbundenen kulturellen Rahmenbedingungen des Feldes mit Blick auf die Soziologie der Pflege näher zu beleuchten, da diese das Versorgungshandeln der Akteure maßgeblich prägt.

²³ (3) Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne von Absatz 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als: 1. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger, 2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder 3. Altenpflegerin oder Altenpfleger eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich (§ 71 Abs. 3 SGB XI).

²⁴ Zentrale Befunde im internationalen Kontext belegen, dass der Wunsch des Helfens und der Wunsch nach einer Arbeit mit Menschen – entsprechend den gesellschaftlichen Erwartungen – als die wichtigsten Motive zur Berufswahl genannt werden (vgl. Dunkel, W. 2005, S. 233 f.). Gleichzeitig vollzieht sich nach Milisen (2005) sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene ein Personalabbau (u. a. in den USA, Europa, Japan, Singapur), sodass im Jahre 2020 mit einem weltweiten Defizit von 20 % des qualifizierten Fachpersonals gerechnet werden kann (vgl. Brandenburg, H. et al. 2013, S. 12). Weitere Befunde zur Studienlage hierzu finden im Rahmen der Auseinandersetzung mit dem Spannungsfeld ethischer und ökonomischer Konfliktfelder statt (vgl. Kap. 2.3.5).

Die Entwicklung und Institutionalisierung der vollstationären Langzeitpflege war bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts vorrangig Aufgabe der Kirchen, Klöster sowie der privaten Wohltätigkeit. Zum Ende des 19. Jahrhunderts ging die Versorgung der alten Menschen stets mehr in die Verantwortung des Staates über, sodass die ersten Altenheime entstanden. Bis in die 1950er-Jahre wurde die Altenpflege überwiegend von Ordensangehörigen und Diakonissen durchgeführt. Mit dem Rückgang der Zahl der Ordensschwestern und Diakonissen in den vorwiegend kirchlichen Institutionen entstanden Ende 1950er-Jahre Qualifizierungsmaßnahmen im Tätigkeitsbereich der Altenhilfe.

Die Entwicklung von Altenhilfeeinrichtungen lässt sich nach dem zweiten Weltkrieg in fünf „Generationen“ unterscheiden, die sich in ihrem sukzessiven Aufbau von der reinen Versorgungs- und Verwahranstalt bis hin zu den Quartiershäuser in der „fünften Generation“ weiterentwickelt haben. In der „fünften Generation“ soll eine Vernetzung der Heime mit dem Sozialraum stattfinden, sodass ein „Leben in Privatheit“, ein „Leben in der Gemeinschaft“ und ein „Leben in der Öffentlichkeit“ miteinander konnektiert werden können. In der Frage nach einem menschenwürdigen Altern ist hierbei die Zusicherung der individuellen Bedürfnisse gegenüber den strukturellen Bedingungen von zentraler Bedeutung.

Unter dem Einfluss der Sozialgesetzgebung wird das deutsche Gesundheitswesen im Unterschied zu Großbritannien und Schweden zum großen Teil durch Versicherungsbeiträge und nicht durch Mittel der öffentlichen Haushalte finanziert. Für die Versorgung der älteren Menschen sind es vor allem die Rechtsgebiete des Sozialversicherungsrechtes, das Kranken- und Pflegeversicherungsrecht sowie das Sozialhilferecht, welche die zentralen Aspekte der Pflege und Versorgung regulieren. Mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes seit Mitte der 1990er-Jahre entstand eine gänzlich neue Grundlage zur Finanzierung der Pflegeleistungen, die im Sinne eines Teilkaskoprinzips wirksam ist. Durch die demografische Entwicklung unterliegt die Pflegeversicherung einem andauernden Reformprozess, der sowohl durch die veränderten Pflegebedarfe als auch durch die Notwendigkeit zur „Nachjustierung der Finanzierung“ bedingt ist. Neue Versorgungsformen sowie erweiterte Leistungsangebote für Menschen mit Demenz, Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die Einführung von Pflegestützpunkten zur Pflegeberatung sowie die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes sind kennzeichnend für diese Entwicklungen.

In einem langfristigen Zeitvergleich zeigt sich statistischen Vorausberechnungen durch das Bundesamt zufolge ein weiterer Trend zur professionellen Pflege in den vollstationären Pflegeeinrichtungen ab. Nach den Ergebnissen dieser Vorausberechnung dürfte die Zahl von 2,25 Mil-

lionen Pflegebedürftigen im Jahre 2007 auf 3,37 Millionen Pflegebedürftige im Jahre 2030 ansteigen. Dieser Strukturwandel bedeutet, dass in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege heute überwiegend schwer- und schwerstpflegebedürftige Personen gepflegt werden. Pflegebedürftigkeitsprognosen und Modellrechnungen gehen davon aus, dass der stationäre Pflegesektor daher zukünftig unverzichtbar bleiben wird.

Aus der soziologischen Perspektive befasst sich die vollstationäre Langzeitpflege mit den Fragen zu der Aufgabe der Pflege, Betreuung und Versorgung älterer Menschen, die in einer funktional strukturierten Form unter formulierten, zeitlichen Rahmenbedingungen und Budgets geleistet werden muss. Das übergeordnete Ziel der jeweiligen Organisation ist dabei die Gestaltung einer menschenwürdigen Umgebung für überwiegend ältere, chronisch erkrankte Menschen bei gleichzeitiger Notwendigkeit zu ökonomischem Handeln. Diese unterschiedlichen Ziele werden in der Pflegepraxis häufig als gegensätzlich empfunden und führen daher vielfach zu Konflikten. In einer Beschreibung der Beschaffenheit des Pflegefeldes greift Schroeter (2005) auf die Gesellschaftstheorie Bourdieus zurück. Hierin sind die sozialen Felder stets auch „relationale Handlungsfelder“ („figurative Felder“), in denen sich durch die gegebenen Strukturen wechselseitige „Verflechtungen und Abhängigkeiten“ gestalten.

Obwohl sich das Feld der Pflege durch die Prozesse der Professionalisierung mehr und mehr aus dem medizinischen Feld zu lösen beginnt, ist es ihr bisher jedoch noch nicht gelungen, ein eigenes, selbstreferenzielles System zu entwickeln, womit sie sich von der Medizin abzugrenzen versteht. Darüber hinaus geht Roth (2007), der zur Erklärung der sozialen Logik der gerontologischen Pflege auf die Feldtheorie Bourdieus zurückgreift, von einer prekären Lage der Pflegenden aus, da das Feld der Pflege mit seinen konstitutiv schwierigen Arbeitsbedingungen in Verbindung zu bringen ist. Hohe zeitliche Anforderungen an die Pflegenden, große körperliche Belastungen sowie geringe Entscheidungskompetenzen der Pflegenden sind zentrale Resultate. Obwohl sich der Akademisierungs- und Professionalisierungsprozess in der Pflege weiterentwickelt hat, verbindet Roth die soziale Stellung der Pflege mit einem fehlenden professionellen Habitus und einer mangelnden Bereitschaft sowie einer mangelnden Fähigkeit der Pflegenden, ihre Interessen wahrzunehmen und entsprechend zu artikulieren. Dies, so Roth, sei mit einem fehlenden professionellen Habitus und einem sehr geringen Qualifikationsniveau der Pflegenden verbunden.

Im Folgenden widmet sich das Kap. 2.3 den Fragen, die mit der Ökonomisierung der Pflege zusammenhängen und über eine allgemeine Einführung hinaus zu einer Analyse der Ökonomisierung des Sozialen und der Pflege reichen. Diese Auseinandersetzung ist insofern geboten,

als in weiteren Schritten der Analyse sowohl die Bedeutung der ethischen Notwendigkeit eines effizienten und kosteneffektiven Handelns aufgezeigt als auch auf die Konsequenzen der Ökonomisierung und die damit verbundenen Veränderungen für die Versorgungsstrukturen und das Versorgungshandeln der Akteure hingewiesen werden soll.

2.3 Ökonomisierung der Pflege

Die Herausforderung der Gestaltung des demografischen Wandels ist eine politische und gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die unter der Perspektive gerechter und dem Leben dienlicher Prinzipien ethische Fragen einer gerechten Ressourcenverteilung nach sich zieht. Die hiermit verbundene Einführung marktwirtschaftlicher Steuerungselemente in das Sozialsystem verdient besondere Aufmerksamkeit, da der Prozess der „Ökonomisierung“ in seiner „dehnbaren“ Interpretation nicht nur zur Steigerung von Effektivität und Effizienz beiträgt, sondern auch mit erheblichen Folgen für die Versorgungsqualität der einzelnen gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Versorgungsbereiche einhergeht.

Bereits die Aristotelische Ökonomik bildet gemeinsam mit der Politik eine Einheit und verweist darauf, dass die sozialen Voraussetzungen des Wirtschaftens ebenso bedeutsam sind wie die ökonomischen Bedingungen. So kann die politische Theorie weder ohne die Ökonomie noch die ökonomische Theorie ohne die soziologische Theorie fruchtbar sein, da die Grundbedingungen zur Aufrechterhaltung der Gesellschaft durch die „Interdependenzen der Ordnungen“ bestimmt sind (vgl. Koslowski, P. 1993, S. 88). In diesem Zusammenhang greift die politische Debatte die Beurteilung der Marktsituation und der Marktergebnisse auf, sodass der „Markt zum Gegenstand sozial konstruktiver Diskurse über Wohlfahrt und Wohlstand“ wird, der sich „moralisch wieder einbettet in Diskurse über das gute Leben“ (vgl. Schulz-Nieswand, F. 2012, S. 39). Hierbei schließt die Versorgungsperspektive das Vertrauen der Bevölkerung in ein funktionierendes Versorgungssystem – als ein „öffentliches Gut“ – ein, das eine zuverlässige wie gute Versorgung im Krankheitsfalle gewährt (vgl. Kühn, H. 2003, S. 80). Die Autoren Reitinger und Heller (2010) erwähnen in diesem Zusammenhang die Verantwortung für die Werthaltungen einer Gesellschaft, die sich als zentrale menschliche und gesellschaftliche Aufgabe der Zuwendung, Aufmerksamkeit und Achtsamkeit gegenüber den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und der damit zusammenhängenden Ressourcenausstattung erweist und so als zentralwertbezogene Leistung wirksam umgesetzt werden kann (vgl. Reitinger, E., Heller, A. 2010, S. 742). Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wird im elften Sozialgesetzbuch der Pflegeversicherung (SGB XI) als „gemeinsame Verantwortung“ formuliert (vgl. §8 (1) SGB XI).

Zur Erklärung der Hintergründe des Einflusses auf die Ökonomisierung und deren Folgen für die Versorgungspraxis der Langzeitpflegeeinrichtungen erfolgt im nachstehenden Kapitel zunächst eine allgemeine Einführung in den Begriff der Ökonomisierung, in die historischen Hintergründe und Entwicklungen (vgl. Kap. 2.3.1). In einer anschließenden Analyse der Ökonomisierung des Sozialen werden Ursachen und Wirkmechanismen der Ökonomisierung im Kontext gesamtgesellschaftlicher Prozesse analysiert (vgl. Kap. 2.3.2). In einer Auseinandersetzung mit den ökonomischen Rahmenbedingungen in der Pflege werden in einer weiteren Bearbeitung Art und Umfang der Auswirkungen des Ökonomisierungsprozesses im pflegerischen Kontext beschrieben (vgl. Kap. 2.3.3) und vor dem Hintergrund der vorliegenden Untersuchungsfragen auf ihre weitreichenden ethischen Wertkonflikte untersucht (vgl. Kap. 2.3.4, Kap. 2.3.5).

2.3.1 Ökonomisierung, Einführung in einen begrifflichen Diskurs

Allgemeine Einführung

Während die Ökonomie in der Antike noch kein eigenes Wissenssystem darstellte, wurde im Kapitalismus des 18. Jahrhunderts das ökonomische Wissen zu einer eigenen Wissenschaft entwickelt, das sich in Wissenssystemen von Politik und Moral etabliert hat. Im 19. Jahrhundert begann man, das ökonomische Wissen systematisch auf andere Wissensfelder anzuwenden und diese ökonomisch rational zu gestalten, sodass nach dem englischen Sozialphilosophen John Stuart Mill (1806-1873) die Ökonomisierung der Arbeit entstand, mit dem zentralen Anliegen, die Produktivität menschlicher und maschineller Arbeit systematisch zu steigern. In diesem Sinne versteht sich Ökonomisierung als eine Voraussetzung für Effizienz, indem ein möglichst günstiges Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen zu erzielen ist (vgl. Manzeschke, A. 2012, S. 2 ff.). Der Begriff der Ökonomisierung erfährt seit den 1990er-Jahren des letzten Jahrhunderts eine Vielfalt in seiner Deutung und wird daher häufig in einer eher „verwaschenen“, uneindeutigen Verwendung angewendet. Dennoch beschreibt der Begriff Ökonomik aus der Sicht der Ökonomen unmissverständlich die Durchsetzung des ökonomischen Prinzips und die darin zentral stehende Realisation der Effizienz (vgl. Mühlenkamp, H. 2003, S. 47 f.).

Ökonomisierung in der Pflege

Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen erhält in gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Diskursen zunehmend Gewicht, da die Folgen für die Versorgungsforschung weitreichend sind. Die hiermit verbundene Frage, ob auf individueller und gesellschaftlicher Ebene ausreichende Ressourcen vorhanden sind, damit die erforderliche Betreuung und Pflege gewährleistet sind, ist Gegenstand aktueller gesundheits- und sozialpolitischer Auseinandersetzungen (vgl. Schneider,

U. 2006, S. 493 f.). Gleichwohl wird die aktuelle Debatte um die Ökonomisierung in der Pflege aus unterschiedlichen Perspektiven geführt und reicht in ihrer inhaltlichen Gestaltung von der politischen Frage nach der Organisation und Gewährleistung einer gerechten und ressourcenorientierten gesundheitlichen Versorgung bis hin zu einer eher kritischen Interpretation, in der die Folgen ethischer Wertkonflikte thematisiert werden. Daher werden die Folgen der Ökonomisierung insbesondere aus wirtschaftsethischen und -philosophischen, aus sozialökonomischen und politikwissenschaftlichen Perspektiven beleuchtet. Hierzu hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens in seinem Gutachten aus dem Jahre 2007²⁵ darauf hingewiesen, dass die Ökonomie im Sinne effizienten und kosteneffektiven Handelns angesichts knapper Ressourcen sowohl eine materielle als auch ethische Notwendigkeit aufweist (vgl. Auth, D. 2012, S. 619).

Indes setzten sich im Zuge des internationalen Umstrukturierungsprozesses des Gesundheitswesens gewinnorientierte Ökonomisierungsprozesse mehr und mehr fort, sodass die Fragen nach einer qualitätsorientierten Pflege sowie nach der Rationalisierung und Rationierung von Gesundheitsleistungen im Rahmen der Verteilungsgerechtigkeit zur politischen Debatte anhalten. Mit der Ökonomisierung der gesundheitlichen Versorgung und den Anforderungen, Mittel und Kosten für die Ausgaben in diesen Bereichen an den Kriterien einer gerechten Verteilung auszurichten, ist ein impliziter Anspruch ethisch begründeter Vernunft zu wirtschaftlichem Handeln verbunden, der sich auf Makro-, Meso- und Mikroebene vollzieht und dort reflektiert werden muss. In diesem Sinne bedeutet Ökonomisierung:

„[...] die Orientierung an Handlungen und Unterlassungen im Versorgungssystem (Medizin, Pflege, Pharmazie etc.) an den Kriterien der Effizienz einschließlich der Kosteneffektivität. Diese Form der Ökonomisierung ist angesichts stets knapper Ressourcen eine Notwendigkeit und – angesichts der weitgehenden Finanzierung aus solidarisch kalkulierten Zwangsbeiträgen – auch eine ethische Forderung“ (SVR 2007, S. 121).

Mit dem Begriff der Ökonomisierung im Gesundheitssystem wird vordergründig der Prozess beschrieben, der mit dem Wandel marktwirtschaftlicher Steuerungselemente zur Organisation und Umsetzung gesundheitsbezogener Dienstleistungen einhergeht. Als Umbruch der Gesundheitswirtschaft beschreibt Oberender (2007) die zunehmende Ökonomisierung des Gesund-

²⁵ Unter dem Titel „Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ legt der Rat 2007 ein Gutachten vor, in dem Möglichkeiten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen aufzeigt und Möglichkeiten sowie Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens vorgelegt werden (vgl. Fischer, Schrappe, Glaeske, G. et al. 2007).

heitswesens, die umwälzende strukturelle Veränderungen nach sich zieht. Auch hier wird der Ökonomisierungsbegriff in seinen weitreichenden Aspekten in unterschiedlicher Weise gedeutet (vgl. Oberender, P. 2007).

Die Reichweite der Interpretation des Begriffes führt von einem Verständnis planvoller und notwendiger Reform des Gesundheitswesens zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit bei gleichzeitiger Verbesserung der Versorgungsqualität (vgl. Oberender, P. 2007) bis hin zu einem sehr kritischen Verständnis von Ökonomisierung, in dem durch ökonomische Anreizsysteme wirtschaftliche Kalküle und Ziele erreicht werden, die zu einer Verkehrung der Zweck-Mittel-Relation führen (vgl. Kühn, H. 2003). In seiner praktischen Verwendung wird der Prozess der Ökonomisierung aus der Perspektive der Markt- und Dienstleistungsanbieter als Vorgang marktwirtschaftlicher Rationalisierung verstanden, der alle Aspekte umfasst, die mit einer planbaren, ökonomisch-rationalen Restrukturierung und Kontrolle von Organisationen bezeichnet werden können (vgl. Slotala, L. 2011, S. 59). Diese Sichtweise kann in der gesundheitsökonomischen Debatte als zentrale Perspektive zusammengefasst werden, in der Ökonomisierung mit den Bemühungen gleichzusetzen ist, individuelles und organisationales Handeln so zu gestalten, dass die Zweckrationalität im Vordergrund steht, sodass eine Orientierung am ökonomischen Prinzip und den damit verbundenen Effizienzkriterien unter Vermeidung eines unnötigen Ressourceneinsatzes gewährleistet ist (vgl. Mühlenkamp, H. 2003, S. 70).

Demografischer Wandel und sein Einfluss auf die Kostenentwicklung

Die demografische Alterung der Bevölkerung unter Berücksichtigung epidemiologischer Veränderungen impliziert grundlegende Fragen zur Kostenentwicklung im Gesundheitssystem. Vor dem Hintergrund des medizinischen Fortschrittes und der Zunahme der Gesundheitsleistungen in zunehmendem Alter attestieren gesundheitsökonomische Modellberechnungen vor allem einen steigenden Kostenaufwand für Gesundheitsleistungen bei gleichzeitiger Begrenzung der Ressourcen. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive gibt diese Entwicklung Anlass zu einem grundlegenden Systemwechsel des Gesundheitswesens, in dem eine staatliche Regulierung durch die Regulierung der „freien Marktsteuerung“ präferiert und ersetzt wird (vgl. Wasem, J., Buchner, F. 2003). Die Annahme, dass durch den medizinischen Fortschritt, steigende Leistungsansprüche und falsche Anreizsystemen für die Leistungsanbieter im System die Ausgaben für Gesundheit stets steigen, impliziert darüber hinaus die These einer ständigen „Mittelknappheit“, die aus gesundheitsökonomischer Sicht zur Kostensenkung verpflichtet. Bedenken am staatlich-solidarisch orientierten Gesundheitssystem bestehen vor allem bei ausschließlich an Nutzenmaximierung

interessierten Akteuren, die einen grundsätzlichen Systemwechsel von einer staatlichen Regulierung hin zur Marktsteuerung favorisieren (vgl. Slotala 2011, S. 60 f.). Hiermit verbunden sind nicht unumstrittene Strategien zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs im Gesundheitswesen, die das Wachstum sozialstaatlich finanzierter Gesundheitsausgaben zu begrenzen und die Eigenverantwortung der Akteure im Gesundheitswesen zu stärken suchen (vgl. Wasem, J., Buchner, F. 2003, S. 70 ff.).

Die gesundheitspolitische Diskussion zur Beitragssatzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) fokussiert die gesundheitsökonomische Perspektive und befasst sich mit der Frage, inwiefern von dem demografischen Wandel beitragsatztreibende Effekte ausgehen, die unter Status-quo-Bedingungen einen deutlichen Anstieg der Kosten nach sich ziehen. In diesem Zusammenhang sei nachfolgend auf einen Diskurs hingewiesen, der vorwiegend durch drei Theorien kontrovers diskutiert wird.²⁶ Hierbei handelt es sich um die sogenannte Medikalisierungsthese von M. L. Verbrugge (1984), die Kompressionstheorie von J. F. Fries (1980) und die Bio-Modalität von R. L. Kane (1990), welche die ersten Theorien miteinander verbindet (vgl. Heinzen, F. 2002, S. 39).

Auch wenn es naheliegend scheint, dass mit der steigenden Lebenserwartung die Inanspruchnahme der medizinischen und pflegerischen Leistungen im Alter zunimmt und die Kosten der Gesundheitsausgaben linear ansteigen, so bestätigen empirische Studien, dass mit zunehmendem Alter die Kosten für Versterbende im letzten Lebensjahr deutlich zurückgehen. Weitere Befunde führen zu dem Schluss, dass in jeder Altersgruppe die Ausgaben zum Erhalt der Gesundheit deutlich geringer sind als die für die Versterbenden. Diese Ergebnisse legen die These nahe, dass nicht das Alter, sondern die Altersphase des heranrückenden Todes, verbunden mit einer Kompression der Morbidität (Kompressionstheorie), die Gesundheitsausgaben maßgeblich mitbestimmen (vgl. Deppe, H-U. 2011, S. 19 ff.).

²⁶ Das Konzept der Medikalisierungsthese (Verbrugge 1984) geht davon aus, dass mit steigender Lebenserwartung ein Anstieg der Morbidität der Bevölkerung verbunden ist, der mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen einhergeht. Hiermit steht die Zunahme einer altersabhängigen, fortschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Vordergrund, die einen überproportionalen Anstieg von Ausgaben für Gesundheitsleistungen im höheren Lebensalter nach sich zieht (vgl. Heinzen, F. 2002, S. 39 f.). Nach Einschätzung der Autoren Cassel, D., Overdieck (2002) geht die steigende Lebenserwartung mit „progressiv wachsenden Gesundheitsausgaben“ und „steiler“ werdenden altersspezifischen Ausgabenprofilen einher (vgl. Cassel, D., Overdieck, V. 2002, S. 15-19). Die Kompressionstheorie (Compression of morbidity) (Fries 1980) verweist auf die Kosten, die durch spezifische Krankheitsbilder im Alter entstehen und sich bis auf wenige Jahre vor dem Tod verdichten und komprimieren. Eine Ergänzung erfährt diese Theorie durch die Annahme der Kohortenthese, die nachfolgenden Generationen einen besseren Gesundheitsstatus attestiert als der vorherigen Generation (vgl. Heinzen, F. 2002, S. 40 f.). Die Theorie der Bi-Modalität (Kane 1990), als Mittelweg der beiden vorgenannten Theorien, berücksichtigt die Tatsache, dass sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung langfristig verbessern wird, da gesündere Menschen weniger Kosten verursachen (vgl. Heinzen, F. 2002, S. 41 f.).

In der kontrovers geführten Debatte über die Notwendigkeit zur Privatisierung und Deregulierung von gesundheitsbezogenen Versorgungseinrichtungen werden Argumente herangezogen, die davon ausgehen, dass die Unternehmenskulturen staatlicher Einrichtungen durch ein fehlendes Kostenbewusstsein insgesamt eine „Verschwendung knapper Mittel“ provoziere. Die Förderung eines freien Preiswettbewerbs und die Einführung einer gewinnorientierten Unternehmenskultur dienen demnach dazu, vorhandene Sparpotenziale auszuschöpfen und die Gesamtkosten für Gesundheitsleistungen zu reduzieren. Dieser gegenwärtige Reformdiskurs zielt auf die Durchsetzung einer erwerbswirtschaftlichen Logik, die in einer Akzentverschiebung den Anspruch zur Notwendigkeit wirtschaftlichen Handelns überschreitet, indem die Durchsetzung bestimmter ökonomischer Prinzipien bewusst vorangestellt wird (vgl. Bode, I. 2013, S. 10). In einem kritischen Gegendiskurs zur „Kommerzialisierung der Krankenversorgung“ fasst Deppe (2011) hierzu zusammen, dass die immer wieder vorgebrachten Argumente, in denen sowohl die demografische Entwicklung als auch der medizinisch-technische Fortschritt für die Kostenexplosion im Gesundheitswesen verantwortlich gemacht werden, sich nicht belegen lassen. Um einer weiteren gesundheitspolitischen Debatte zu dienen, sind nach Deppe jedoch weiterführende Erkenntnisse zur Differenzierung der Thematik in diesem Feld erforderlich (vgl. Deppe, H-U. 2011, S. 21 f.).

2.3.2 Analyse der Ökonomisierung des Sozialen

Zur Vertiefung des theoretischen Hintergrundes in der Debatte um die Ökonomisierung der Pflege soll zunächst auf die Analyse der Ökonomisierung des Sozialen eingegangen werden. Hierzu wird auf die Erörterung der politischen Entwicklung des Neoliberalismus durch Foucault zurückgegriffen, die grundlegende Zusammenhänge in der Entwicklung der Ökonomisierung des Sozialen expliziert. In einer weiteren Darstellung der Ökonomisierung des Sozialen aus psychologischer, soziologischer und politologischer Betrachtung werden gesellschaftliche sowie individuelle Wirkmechanismen analysiert, um Rückschlüsse auf die hiermit verbundenen Folgen im Bereich der Pflege im Anschluss näher untersuchen und beschreiben zu können.

Im Anschluss an die Arbeiten zum Regierungsbegriff von Michael Foucault in den 1990er-Jahren haben sich die sogenannten „Gouvernementalitätsstudies“²⁷ in einer Reihe von Untersu-

²⁷ In seinen Vorlesungen von 1978 und 1979 am Collège de France stellt Michael Foucault mit dem Begriff der Gouvernementalität seine neue Forschungsrichtung vor und wendet sich dabei über die historische Entwicklung von der Antike bis in die Gegenwart den modernen Gesellschaften zu. Hierbei sieht er die Entwicklung des neuzeitlichen Staates eng mit der Entwicklung des Liberalismus verbunden. Foucault prägt den neuen Begriff der Gouvernementalität, der Regieren („gouverner“) und Denkweise („mentalité“) semantisch miteinander verbindet (vgl. Bröckling, U. et al. 2012, S. 8 ff.).

chungen der Analyse der Ökonomisierung des Sozialen zugewandt, die gleichsam auf die Analyse der Ökonomisierung des Pflegerischen übertragen werden können. Eine Rezeption der Analyse des Prozesses im Bereich der Pflege, wie sie bereits durch Friesacher (2008) vorgenommen wurde, erlaubt seitdem eine umfassende Erklärung ihrer Wirkungszusammenhänge, da sich hier in zunehmendem Maße Konzepte und Instrumente aus dem Bereich der Industrie in den Einrichtungen der Pflege bereits etabliert haben (vgl. Friesacher, H. 2008, S. 130).

In der Diskussion um die Ökonomisierung des Sozialen greift Foucault hierbei auf eine ökonomische, politische sowie soziale Krise der Regierung als „Regierungskrise“ in den 1970er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts zurück, die durch steigende Sozialausgaben und eine Reduktion des Wirtschaftswachstums gekennzeichnet war (vgl. Friesacher, H. 2008, S. 117). Mit der Auseinandersetzung um die Weiterentwicklung der frühliberalen Positionen im 20. Jahrhundert konzentriert Foucault seine Analyse auf zwei unterschiedliche Formen des Neoliberalismus. Diese sind der deutsche Nachkriegsliberalismus einerseits und andererseits der US-amerikanische Liberalismus, der auch als Chicagoer Schule bekannt ist (vgl. Bröckling, U. et al. 2012, S. 8 ff.). Foucault stellt gegenüber den frühliberalen Konzepten zwei wesentliche Unterschiede heraus. Erstens die „Neudefinition des Verhältnisses von Staat und Ökonomie“, indem, anders als in der klassisch liberalen Rationalität, in welcher der Staat die Marktfreiheit überwacht, der Markt selbst zum organisierenden und regulierenden Prinzip des Staates wird, und zweitens in der „Differenz der Grundlage des Regierens“ selbst. Das Prinzip der Rationalität des Regierungshandelns im Frühliberalismus war an die Rationalität der regierten Individuen gekoppelt, deren Rationalität den Markt optimal funktionieren ließ und gleichermaßen die Wohlfahrt aller sowie die Stärke des Staates garantierte. Im Neoliberalismus hingegen ist das rationale Prinzip für die Regulierung des Regierungshandelns nicht mehr in einer natürlichen Freiheit zu sehen, sondern es findet in einer „künstlich arrangierten Freiheit“ statt, die sich im unternehmerischen und konkurrierenden Verhalten der ökonomisch-rationalen Individuen niederschlägt (vgl. Bröckling, U. et al. 2012, S. 16). Beide, sowohl der deutsche Nachkriegsliberalismus als auch der US-amerikanische Liberalismus der Chicagoer Schule richten sich gegen Staatsinterventionismus und -dirigismus und plädieren zugunsten der ökonomischen Freiheit für die Nichtgefährdung individueller Rechte. Dennoch unterscheiden sich beide Formen des Neoliberalismus grundlegend. Während der deutsche Nachkriegsliberalismus, auch Ordoliberalismus²⁸ genannt, von der Idee einer „sozialen Markt-

²⁸ Der Name geht zurück auf die Zeitschrift „*Ordo*“, eine Zeitschrift, in der die Neoliberalisten wie beispielsweise Wilhelm Röpke, Walter Eucken, Franz Böhm, Alexander Rüstow, Alfred Müller-Armack seinerzeit publizierten (vgl. Bröckling, U. et al. 2012, S. 15).

wirtschaft“ ausgeht, mit der Vorstellung, dass der Markt beständig von politischen Regulierungen und durch soziale Interventionen wie Wohnungspolitik, Arbeitslosenunterstützung, Krankenversicherung etc. begleitet werden muss, sieht das Programm der Chicagoer Schule „die konsequente Ausweitung ökonomischer Formen auf das Soziale vor, um die Differenz zwischen Ökonomie und dem Sozialen überhaupt zu eliminieren“ (vgl. Bröckling, U. et al. 2012, S. 15 f.). Im Sinne einer epistemologischen Verschiebung wird der Gegenstandsbereich des Ökonomischen so systematisch und umfassend erweitert, sodass der Begriff der Ökonomie sich auf die Gesamtheit allen menschlichen Handelns ausdehnt, insofern dieses durch die Allokation knapper Ressourcen gekennzeichnet ist. Aus dieser Perspektive geht das Ökonomische schließlich über alle Bereiche menschlicher Existenz hinaus und bezieht alle Formen menschlichen Verhaltens prinzipiell mit ein, sodass selbst soziale Beziehungen und individuelles Verhalten nach ökonomischen Kriterien und im Rahmen eines ökonomischen Intelligibilitätshorizonts entschlüsselt werden (vgl. Bröckling, U. et al. 2012, S. 16 f.).

„Mit der Analyse des Neoliberalismus kann eine Neudefinition des Verhältnisses von Staat und Ökonomie aufgezeigt werden, wobei der Markt zum regulierenden Prinzip des Staates wird und das Ökonomische alle Bereiche menschlichen Handelns umfasst. Hier ergibt sich der Anknüpfungspunkt für die Analyse des Pflegerischen, etablieren sich doch zunehmend Konzepte und Instrumente aus der Ökonomie im Bereich der Gesundheit. Am deutlichsten wird diese Kolonisation durch die Veränderung der Sprache und den Einzug von Management- und Qualitätssicherungsprogrammen.“ (Friesacher, H. 2008, S. 13)

Durch den voranstehend beschriebenen Prozess verschiebt und erweitert sich der Bereich des Ökonomischen systematisch und verlagert die Verantwortung von der Gemeinschaft auf den Einzelnen. Freiheit und Autonomie der Individuen sind im Neoliberalismus verbunden mit dem Konzept der Eigenverantwortung, indem das Individuum die Konsequenzen seiner eigenen Entscheidungen selbst zu tragen hat. Hier übernimmt es die Verantwortung für seine Gesundheit und die damit verbundenen Risiken (vgl. Friesacher 2008, S. 119). Die Privatisierung von Gesundheit, so Bauer (2006), stellt in diesem Rahmen einen Prozess der Synthese mit neoliberalen Positionen dar, in der – seit den Reformprozessen der 1990er-Jahre – die Idee der Übernahme zur eigenverantwortlichen Gesundheitssicherung sich als „durchaus kompatibel“ erweist. Hierbei sieht Bauer weniger ein Problem in der Rolle des Subjekts bei der Übernahme des steigenden Selbstmanagements und des Empowerments als vielmehr in der Gestaltung des „Rollenwandels“, da die hierzu erforderlichen Ressourcen und Kompetenzen in den mittleren und sozialen Schichten, nicht jedoch in ressourcenärmeren Milieus vorauszusetzen sind (vgl. Bauer, U. 2006, S. 21).

Ökonomisierung des Sozialen aus psychologischer, soziologischer und politologischer Betrachtung

Durch die Einführung von Wettbewerbsstrukturen als wesentliches Element der Ökonomisierung werden nahezu alle Bereiche des öffentlichen und privaten Lebens in einer Weise tangiert, sodass traditionelle Werthaltungen zur Förderung und Unterstützung einer geteilten Wertgemeinschaft verwischen. Werte der Verbundenheit drohen zugunsten der Konzentration auf die Aufrechterhaltung individueller Wettbewerbsinteressen im Interesse des Homo oeconomicus aus dem Blick zu geraten oder ganz verlorenzugehen.

In diesem Zusammenhang verweist Rosa (2006) in der Auseinandersetzung mit den psychologischen, kulturellen und sozialstrukturellen Konsequenzen einer wettbewerbsorientierten Konkurrenzgesellschaft auf die unterschiedlichen Wirkungszusammenhänge „wettbewerbsförmiger Organisation sozialer Funktionssphären“ hin, die sich in unterschiedlichen Bereichen abbilden. Hier stehen vor allem die Möglichkeit zur Umsetzung gesellschaftlicher Ziele sowie die Identitätsbildung der einzelnen Individuen im Vordergrund (vgl. Rosa, H. 2006, S. 82 f.). In Anlehnung an Simmel (1901-1908) analysiert Rosa den Kern des Wettbewerbsgedankens der Modernen, der durch den Vergleich der Individuen untereinander zu einem „zentralen Antriebsmoment“ gesellschaftlicher „Produktion und Reproduktion“ wird. Im Sinne des Konkurrenzverhaltens bietet hierin das sogenannte „besser sein als der andere“ eine Möglichkeit zu einer mehr oder weniger ausgeprägten Verbesserung der sozialen Position der Individuen, verbunden mit einer erhöhten sozialen Anerkennung und einer gleichzeitigen Verbesserung der materiellen Lebenssituation (vgl. Rosa, H. 2006, S. 82 f.). Die Entscheidung über gesellschaftliches Ansehen ist somit nicht mehr an Tradition und Stand gebunden, sondern besteht in der Möglichkeit der individuellen Leistungsbereitschaft und der damit verbundenen Konkurrenzfähigkeit innerhalb eines fairen und freien Wettbewerbs, der nahezu alle Formen menschlicher Interaktion bestimmt. Alle Sozialsphären, so Rosa, die in dieser Weise noch nicht wettbewerbsfähig sind, geraten unter dem Primat der Effizienz unter zunehmenden Druck, da man ihre Strukturen als ineffizient und obsolet bewerten könnte (vgl. Rosa, H. 2006, S. 85 f.). Das Wettbewerbsprinzip, das mit der Globalisierung über die nationalstaatlichen Grenzen hinausreicht, hat sowohl in der Mobilisierung sozialer Kompetenzen als auch in der Innovation neuer Ideen eine Effektivität erreicht, die in seiner „transformativen Dynamik“ noch nie dagewesene Strukturen gesellschaftlicher Verhältnisse übersteigt und individuelle wie kollektive Akteure zum Erhalt ihrer eigenen Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit unter den Druck der Selbstverantwortung stellt (vgl. Rosa, H. 2006, S. 88). Leistungsbewertung erfolgt unter der Prämisse, dass sich das sogenannte Bessere durchsetzt. Eine „ethische“, „ästhetische“ oder „moralische“ Einschätzung über die Ergebnisse der Prozesse

unter Bedingungen des Wettbewerbs ist nicht erwünscht, da sie die Grundsätze des freien Wettbewerbs untergräbt. Unter diesen Bedingungen bedeutet gerade der Verzicht auf reflektierende Prozesse über die Inhalte und die einzelnen Wertaspekte der Leistungen und Dienstleistungen eine Steigerung der Effizienz, sodass sich in der Folge auf allen Märkten langfristig die Bewerber durchsetzen, deren Leistungssteigerung unter Einhaltung der Wettbewerbsbedingungen gewährleistet ist (vgl. Rosa, H. 2006, S. 89 f.). Der Interaktionsmodus des Wettbewerbs zeigt sich als soziales Instrument zur Durchsetzung grundständiger gesellschaftlicher Ziele und erfüllt überall dort Gerechtigkeitsansprüche, wo das Leistungsprinzip seine Anerkennung findet. In Bereichen, in denen Gerechtigkeitsfragen sich an dem Bedarf medizinischer und pflegerischer Fürsorge orientieren, wird primär eine Basis geschaffen, damit „viele Konkurrenten unter fairen, gleichen und freien Bedingungen miteinander konkurrieren können“. In diesem Prozess haben sich Attribute wie: „besser, schneller, profitabler, schöner etc. als die Konkurrenz zu sein“ zu einem Selbstzweck entwickelt, der die Erhaltung der Konkurrenzfähigkeit und nicht die Erreichung eines „absoluten“ Ziels in den Vordergrund stellt – eine Entwicklung, so Rosa, die zu einer Verschlussenheit gegenüber Impulsen von außen führt, sodass die Umsetzung gesamtgesellschaftlicher Zielvorstellungen in ihrer Entwicklung gehemmt und untergraben wird (vgl. Rosa, H. 2006, S. 91 ff.).

Mit der Dominanz von Wettbewerbs- und Leistungskompetenz in der Gesellschaft geht ein Kampf um Anerkennung einher, der stets begleitet ist von den Ängsten des persönlichen Scheiterns und der Unterlegenheit im Wettbewerb. Hierin schreiben sich die Individuen ein mögliches Scheitern selbst zu und werten dies als Unzulänglichkeit und als persönliches Versagen, das sie sich selbst eingestehen müssen. Nicht nur der Kampf um soziale Wertschätzung, sondern auch das Ringen um materielle Ressourcen und soziale Positionen in allen Bereichen entscheidet so im Kontext wettbewerblicher Strukturen über das gelingende Leben der jeweiligen Individuen. Die Bereitschaft zur stetigen Leistungssteigerung prägt und bestimmt den Erfolg der Individuen der spätmodernen Wettbewerbsgesellschaft, sodass abweichende Lebensentwürfe, verbunden mit „Asketizismus, des Ästhetizismus, der Kontemplation oder des Kollektivismus“ mit Misserfolg gleichgesetzt und durch Missachtung und Exklusion bestraft werden. Unter diesem Blickwinkel wählen Individuen der Moderne eine gewisse Form der Anpassung in gleichem Maße zum Erhalt der Leistungs- und Konkurrenzfähigkeit freiwillig, um mit Rosas Worten „hinter einer gewissen Stromlinienförmigkeit zu verschwinden drohen“. In dem dominanten Interaktionsmodus Wettbewerb ist das Individuum als Selbstunternehmer aller Sozialsphären stets um den Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit bemüht und gleichzeitig gefährdet, in Bezug auf das vorgenannte Primat in

der Entwicklung seiner individuellen Lebensführung den „totalisierenden Konsequenzen des Wettbewerbs“ zu unterliegen (vgl. Rosa 2006, S. 91 ff.).

2.3.3 Zur Ökonomisierung des Pflegerischen

In der weiteren Auseinandersetzung zur Entwicklung und Ausdehnung der Ökonomisierung in der Pflege bietet die vorangegangene Darstellung der Analyse des Neoliberalismus durch Foucault sowie die sozialpsychologische Analyse Rosas einen geeigneten Übergang für die Analyse dieses Prozesses im Bereich der Pflege, da sich hier in zunehmendem Maße Vorstellungen, Konzepte und Instrumente aus dem Bereich der Industrie in den Einrichtungen etabliert haben. Wie bereits zuvor angedeutet (vgl. Kap. 2.3.2), beschreibt Friesacher (2008) diese Entwicklung als einen Prozess der „Kolonisation“, mit der das ökonomische Prinzip pflegerische Handlungsbereiche durchdringt und Management sowie Qualitätssicherungsmaßnahmen die strukturellen Rahmenbedingungen der Pflegepraxis bestimmen und verändern. Pflegekräfte werden in der Folge dazu angehalten, in einem immer begrenzteren Handlungsspielraum unternehmerisch zu handeln, sodass Pflege als an ökonomischen Kriterien des Marktes orientiertes Dienstleistungsprodukt angeboten wird. Pflegerisches Handeln wird in diesem Sinne als instrumentelles und zweckrationales Handeln konzipiert und gleichermaßen umgesetzt (vgl. Friesacher, H. 2008, S. 94).

Die Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung im Gesundheitswesen wird unter diesen Gesichtspunkten sowohl von Wissenschaftlern als auch von Ärzten, Pflegenden und weiteren Berufsgruppen vielfach beklagt, da sie den Prozess der Ökonomisierung als solchen mit dem jeweiligen Berufsethos für unvereinbar halten. Die Sorge um eine Rationierung der Leistungen sowie der Verlust freier Handlungsgestaltung in der direkten Interaktion zwischen den betreuten Personen und den Patienten werden hier im Rahmen der Ökonomisierung durch die Akteure gleichermaßen an zentrale Stelle gesetzt (vgl. SVR 2007, S. 70). In dem vorgelegten Gutachten des Sachverständigenrats (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens wird mit dem Begriff der Ökonomisierung ein „Druck“ definiert, der daraus entsteht, dass gesundheitsbezogenes, professionelles Handeln von Individuen und Institutionen primär durch die Absicht einer betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung bzw. Gewinnmaximierung motiviert ist. Ökonomisierung in diesem Sinne ist empirisch nachweisbar, wenn „Anreize“ und „Handlungsimpulse“, welche dieser Logik folgen, stärker im Vordergrund stehen als die Orientierung an professionellen Qualitätsstandards, die sich gleichermaßen an den Prämissen der im Grundgesetz verankerten Fragen nach der Gerechtigkeit ausrichten. Eine Ökonomisierung in der Versorgung

von Gesundheitsleistungen, die vorrangig durch Gewinnmaximierung ambitioniert ist, trägt dem Gutachten zufolge zur Sorge bei, da sie, „eine nach Kaufkraft gestaffelte Verteilung von Leistungen“ ermöglicht. Ökonomisierung im eigentlichen Sinne indes bedeutet die unbedingte Notwendigkeit zur Orientierung an Kriterien der Effizienz und Kosteneffektivität im Versorgungshandeln der Gesundheitsleistungen von Medizin, Pflege, Pharmazie. Diese Prämisse unterstreicht das ethische Anliegen der Mittelverteilung angesichts knapper Ressourcen in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem (ebd.). Die Orientierung der Ökonomisierung des Versorgungssystems an den Kriterien der Effektivität und Kosteneffektivität ist insofern kein neuer Impuls und wurde von Beginn an in die Systematik der Versorgungsstrukturen eingeschlossen (vgl. Bauer, U. 2006, S. 18). In diesem Zusammenhang werden die Leistungserbringer im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Verpflichtung eines „ausreichenden“, „zweckmäßigen“ und „wirtschaftlichen“ Umgangs mit den Leistungen aufgefordert, indem das Maß des Notwendigen nicht überschritten werden sollte:

§12 Wirtschaftlichkeitsgebot:

„(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen [...]“ (SGB V).

Dieser Grundsatz ist lange Zeit mit der Gewährleistung „egalitärer Chancen der Teilhabe“ am Gesundheitswesen vereinbar gewesen und bedeutet durch die weitgehende Finanzierung aus solidarisch kalkulierten Pflichtbeiträgen eine gesundheitspolitische Notwendigkeit. In diesem Sinne ist die Ökonomisierung im Gesundheitswesen nicht als neues Phänomen zu bezeichnen, sondern vielmehr die „Intensität und Radikalität“, mit der sich gewinnmaximierende Interessen durchsetzen, zeigt sich als neue Entwicklung, deren Folgen die „soziale Substanz“ der Gesundheitspolitik bedrohen (vgl. Bauer, U. 2006, S. 18).

Durch die Einführung marktwirtschaftlicher Prinzipien und Steuerungselemente im Bereich des Gesundheitswesens soll grundsätzlich den steigenden Kosten entgegengewirkt werden. In diesem Zusammenhang sind derzeitige Veränderungen der Gesundheitssysteme in den westlichen Industrieländern wie USA, UK, den skandinavischen Ländern, Niederlanden, Australien, Kanada und Deutschland – bei aller Unterschiedlichkeit der Systeme – durch zwei miteinander verflochtene Prozesse der Industrialisierung und der Ökonomisierung des Gesundheitswesens gekennzeichnet, die sich mit zunehmender Dynamik vollziehen. Nach Kühn ist der Begriff der

Ökonomisierung hierbei jedoch nicht mit dem Begriff „Wirtschaftlichkeit“ gleichzusetzen, sondern er bezeichnet die tendenzielle Überformung der professionellen, d. h. fachlichen und ethischen Entscheidungen und Handlungen, durch wirtschaftliche Kalküle und Ziele (vgl. Kühn, H. 2003).

Kühn sieht in dieser Entwicklung der letzten Jahre eine deutliche Verschiebung, die er als Verkehrung der Zweck-Mittel-Relation beschreibt.

„Geld bleibt nicht Mittel zur Sicherstellung der Versorgung, sondern die Versorgung von Kranken wird tendenziell zum Mittel, durch das Gewinn erzielt werden kann.“ (Kühn, H. 2004, S. 26)

Entscheidend an dieser Entwicklung sind nicht grundsätzlich die monetären Interessen der Akteure, sondern vielmehr die Gewichtung der monetären Motivation, in der die finanziellen Interessen der Leistungsanbieter im Vordergrund stehen (vgl. Bauer 2007, S. 100). In vielen Fällen spricht die Public-Health-Forschung von einer zunehmenden Spaltung zwischen den Interessen der Patienten und den betriebswirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser sowie Kliniken, indem das Gesundheitspersonal mehr und mehr in ein Spannungsfeld gerät, Versorgungsentscheidungen den ökonomischen Interessen unterzuordnen (vgl. Slotala, L. 2011, S. 44). In einer Untersuchung zu den Anpassungsprozessen der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung aus dem Jahre 2001 durch Kühn/Simon führen die Autoren neben den positiven Veränderungen, wie beispielsweise der Verbesserung der internen Ablauforganisation, der Einführung eines internen Qualitätsmanagements und Ansätzen einer verbesserten sektorenübergreifenden Kooperation sowie Patientenversorgung, unterschiedliche Aspekte als „Ökonomisierung ärztlicher-pflegerischer Entscheidungen“ an. Hierzu gehört beispielsweise auch die vorzeitige Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus, um Behandlungskosten einzusparen²⁹ (vgl. Kühn/Simon 2001, S. 130 f.)

²⁹ Als weitere Aspekte werden hier angeführt: „Die Verweigerung oder Verschiebung von Behandlungen aus wirtschaftlichen Gründen, beispielsweise wenn das Budget „erschöpft“ oder absehbar ist, dass die Behandlungskosten hoch sein werden; Die Verweigerung der Übernahme oder die Abschiebung von Notfallpatienten, wenn durch ihre Versorgung der Budgeterfolg des aufnehmenden Krankenhauses gefährdet erscheint; Die Einbeziehung von Patienten nicht nach medizinischer Notwendigkeit, sondern nach Art der zu erzielenden Vergütung, beispielsweise wenn zeitweilig nur Fallpauschalen einer bestimmtem Sorte einbestellt werden, um die durch die Budgetvereinbarung vorgegebene Menge zu erreichen; Die kurzfristige Entlassung und Wiederaufnahme von Patienten zum Zweck der Aufspaltung einer Krankenhausbehandlung in mehrere Episoden, wenn dadurch höhere Vergütungen erzielt werden können; Die Durchführung medizinisch notwendiger Operationen, wenn dadurch höhere oder zusätzliche Vergütungen zu erzielen sind und es mit einer plausiblen medizinischen Indikationsstellung begründet werden kann; Der Einsatz suboptimaler Verfahren und Materialien, wenn dadurch Kostenunterdeckungen vermieden oder Überschüsse erzielt werden können; Die medizinisch nicht notwendige Verlegung auf

Die im Rahmen der Interviews ermittelten Veränderungen sowie die seit 1993 zahlreich ermittelten weiteren Hinweise, so die Autoren der Studie, verweisen auf eine „Überlagerung patientenbezogener Entscheidungen durch ökonomische Kalküle“. Die aufgezeigten Handlungsstrategien zeigen somit, dass Entscheidungen in der ärztlichen und pflegerischen Versorgung nicht primär am Wohle des Patienten, sondern an der Erreichung wirtschaftlicher Ziele der einzelnen Krankenhäuser orientiert sind (vgl. Kühn, H., Simon, M. 2001, S. 132).

Durch die Einführung marktwirtschaftlicher Prinzipien soll prinzipiell den steigenden Kosten im Gesundheitswesen begegnet werden. Hierzu werden freie Angebote von Dienstleistungen in den Bereichen Gesundheit und Pflege bereitgestellt. Den Pflegeleistungen wird so ein Warencharakter zugeschrieben, aus dessen Angebotsvielfalt der Kunde geeignete Leistungen frei wählen kann mit der Folge, dass unter den Leistungsanbietern ein Wettbewerb entsteht, der eine hochwertige Pflege gewährleisten soll. Unterstützt durch die Instrumente der Qualitäts- Organisations- und Personalentwicklung, die als Konzepte des Total Quality Management (TQM) zusammengefasst werden, wird dabei eine kundenorientierte Unternehmensphilosophie eingenommen, die unter dem strategischen Prozess der kontinuierlichen Leistungsverbesserung die Zufriedenheit der Kunden und Mitarbeiter garantieren und die Kosten reduzieren soll (vgl. Friesacher, H. 2008, S. 94). Die Beziehungen der einzelnen Akteure untereinander (Ärzte, Pflegekräfte) sowie die Beziehungen der Akteure zu den Patienten unterscheiden sich jedoch grundsätzlich von denjenigen zwischen Käufern und Verkäufern, in denen eine marktgängige materielle Ware bereitgestellt wird. Daher werden moralische Konflikte in der Folge des Ökonomisierungsdrucks und der Arbeitsintensivierung von den Betroffenen als Beeinträchtigung ihrer Arbeitsqualität und Arbeitszufriedenheit beklagt (vgl. Kühn, H. 2003, S. 79 ff.). Friesacher (2008) beschreibt diese Konsequenz damit, dass in dem Maße, indem sich die Arbeit der Anbieter von Gesundheitsleistungen immer stärker an Standards, Richt- und Leitlinien, Optionen, Checklisten und Algorithmen orientiert, die Ebene des Vertrauens zwischen dem pflegerischen Personal und den Patienten zugunsten einer Bürokratisierung der Arbeitsprozesse mehr und mehr schwindet und somit eine „Entpersönlichung“ erfährt (vgl. Friesacher, H. 2008, S. 121). Pflegerische Handlungsabläufe werden im Sinne der Ökonomisierung zunehmend angepasst an Strukturen und Maßgaben industrieller

eine Intensivstation, weil dadurch höhere Pflegesatzeinnahmen zu erreichen sind; Die Verlängerung der Verweildauer aus wirtschaftlichen Gründen, beispielsweise wenn Abteilungspflegesatzpatienten zur Kompensation von Verweildauerrückgängen im Fallpauschalenbereich liegen gelassen werden; Die Weiterleitung von Patienten in andere Krankenhäuser, wenn absehbar ist, dass ihre Versorgung sehr hohe Kosten verursachen wird; Die vorzeitige Entlassung von Patienten, um Behandlungskosten zu sparen; Die Verlegung von Fallpauschalenpatienten in noch nicht rehabilitationsfähigem Zustand in eine Rehabilitationseinrichtung, um Behandlungskosten auszulagern um Überschüsse zu erzielen.“ (Kühn/Simon 2001, S. 130 f.)

Arbeitsprozesse, während die Qualität der Versorgung sich dabei verstärkt auf messbare und objektivierbare Leistungen beschränkt. Indem Pflege als volkswirtschaftliches Produkt mess- und quantifizierbar gemacht wird, soll sie sich als wesentlicher Versorgungsteil des Gesundheitssystems „behaupten“, sodass sie ihre Legitimität nicht verliert (vgl. Friesacher, H. 2009, S. 6). Diese Dominanz der biomedizinischen und ökonomischen Perspektive zieht eine Reduktion der Interaktion zwischen Pflegenden und Patienten nach sich, während sich parallel dazu der Aufwand zur standardisierten Dokumentation erhöht (vgl. Friesacher, H. 2008, S. 121).

Die stark an ökonomischen Grundsätzen orientierte Gestaltung der Pflege prägt ihren Qualitätsdiskurs bis heute. Vor diesem Hintergrund der ökonomischen Tendenzen wurden Managementstrategien in die Pflege eingeführt, die sich durch ein spezifisches Denken und eine ebenso spezifische Sprache auszeichnen. Bröckling et al. (2012) sprechen von einer „Managergesellschaft“ als Resultat der Entwicklung einer „Hegemonie manageriellen Denkens“, die sich in fast allen Lebensbereichen durchgesetzt hat und so als ein „spezifischer Rationalitätstyp“ und als „Ensemble von Techniken“ für das erfolgreiche Bestehen im Kapitalismus garantieren soll (vgl. Bröckling, U. et al. 2012, S. 131 f.). Mit der Umwandlung des Begriffes Patient zum Begriff des Kunden werden Normen und Werte vermittelt, die das allgemeine Verständnis über den Patienten als ein krankseiender Mensch verändert. Ein kranker Mensch ist häufig in Not, bedarf der Hilfe und Zuwendung und ist zu einem selbstständigen Abwägen differenter Entscheidungen häufig nicht mehr in der Lage, im Gegensatz zum Kunden, der sich jederzeit selbstbestimmt und entschlossen aus einem Kontakt zurückziehen kann (vgl. Kühn, H. 2003, S. 20). Kühn sieht in dieser Entwicklung die moralische Qualität medizinischer und pflegerischer Leistungen stets weniger von der individuellen Moral der ärztlichen und pflegerischen Betreuenden abhängen, sondern vornehmlich von Verhaltenszwängen, die durch die Institutionen auf der Mesoebene und das Gesamtsystem der Makroebene vorgegeben werden. Daher, so Kühn, seien die meisten Moralprobleme, die auf konfligierenden Interessen beruhen, nicht als Moralprobleme, sondern vordergründig als Strukturprobleme erkennbar und demnach auch lösbar (vgl. Kühn, H. 2003, S. 20).

Unter diesem Effekt der Ökonomisierung stehen Ärzte und Pflegekräfte in einem Interessenkonflikt zwischen ihrer ethischen Motivation einerseits und den Gesetzmäßigkeiten der Ökonomisierung andererseits. Als Prozess der Entfremdung bezeichnet Kühn diese Entwicklung der Ökonomisierung, die als „moralische Dissonanz“ empfunden und mit quälendem psychischem Unbehagen einhergeht. Durch die Reduktion der Interaktion auf eine schnell vollzogene Dienstleistung entsteht nicht nur eine Abwendung von der eigenen, mit dem Selbstbild übereinstimmenden Moralität, sondern ein emotionaler Rückzug, der auch als Verrat an einem anvertrauten

und schutzbedürftigem Menschen empfunden wird. Dieser, von Kühn als mit Gewissensnot bezeichneter Prozess der inneren Auseinandersetzung mit dem eigenen moralischen Empfinden hat unterschiedliche Folgen. Die Betroffenen versuchen häufig das Erleben der moralischen Dissonanz zu umgehen oder aber den Zwängen der Institutionen, verbunden mit der Angst vor Isolierung, zu widerstehen. Eine weitere Variante, den chronischen Moralkonflikten zu entgehen, ist nach Kühn schließlich die Flucht aus dem Beruf (vgl. Kühn, H. 2003).

Dennoch können Ökonomisierungstendenzen im Arbeitsprozess sehr unterschiedlich wahrgenommen und ambivalent diskutiert werden. Dies zeigt eine Pilotstudie aus dem Jahre 2006 zu den Folgen der Ökonomisierung im stationären Versorgungsbereich. Aus ihren Ergebnissen geht hervor, dass die interviewten Pflegekräfte in den Krankenhäusern sowohl Zustimmung als auch Kritik in Verbindung mit der Ökonomisierung thematisieren. Die Ergebnisse lassen sich in einer „*Dreistufigen Typenbildung*“, welche die Spannweite der unterschiedlichen Bewertungsmuster zum Ausdruck bringen, darstellen. Hierbei ist dem „*kritischen Pol*“ die hohe Sensitivität für die Konsequenzen der hohen Arbeitsbelastung und -verdichtung und deren Auswirkung auf die Pflegenden und die Patienten gleichermaßen zuzuordnen. Der „*ambivalente Pol*“ beschreibt die Negativ- und Positivdynamiken des Transformationsprozesses in den Krankenhäusern aus der Sicht der eigenen Profession. Hierzu gehören die selbstkritische Einsicht der Pflegenden „[...] wir waren verschwenderisch [...]“ sowie eine „Aufwertung der Pflegeprofession“, die mit der Aufhebung der Unterordnung des Pflegepersonals gegenüber dem medizinischen Personals verbunden wird. Mit der Erwartung an höhere ökonomische Bewertungsmaßstäbe als Folge der Messbarkeit von Leistungen wird eine „Aufweichung des ständischen Hierarchieprinzips“ assoziiert, das durch eine leistungsgerechte Statuszuweisung ersetzt werden soll. Als „*ökonomischer Pol*“ schließlich wird die Befürwortung der Ökonomisierung bezeichnet, die sich einer „ökonomischen „Sachzwanglogik“ unterordnet, in der fehlende finanzielle Spielräume, marktbedingte Konkurrenzkämpfe und Kosteneinsparungen als selbstverständlich hingenommen und Versorgungsmängel sowie die ökonomische Verknappungsproblematik geleugnet werden (vgl. Bauer, U. 2007, S. 109 ff.).

Mit der Einführung der Ökonomisierung sind zweifellos nicht nur Nachteile, sondern ebenso emanzipatorische Merkmale in Verbindung zu bringen. Der Patient als „Kunde“ erfährt einen Status, der ihm ein deutlicheres Maß an Eigenverantwortung und Mündigkeit zuerkennt, und der zwischen den unterschiedlichen Leistungsangeboten frei wählen kann (vgl. Friesacher, H. 2008, S. 124).

2.3.4 Konsequenzen der Ökonomisierung für die Praxis der vollstationären Pflegeeinrichtungen

Mit dem Prozess der Ökonomisierung werden Veränderungen der Organisations- und Handlungsabläufe beschrieben, die in den stationären Versorgungseinrichtungen mit deutlichen Folgen für die Pflegenden verbunden sind. Hierzu gehört ein quantitativer wie qualitativer Stellenabbau (vgl. Isfort, M. et al. 2004), ein signifikanter Anstieg der Fluktuation von Beschäftigten sowie eine Zunahme von Arbeitsunfällen. Vermehrte Arbeitszeitverdichtungen, der Anstieg psychischer Belastungen und Burnout-Raten aufgrund der Unsicherheit des Arbeitsplatzes sowie das Gefühl der Zerrissenheit, die das professionell tätige Pflegepersonal unter dem Ökonomisierungsdruck empfindet, ergänzen den Befund (vgl. Bauer, U. 2007, S. 104 ff.).

Mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit verbunden. Managementmodelle- und Konzepte nehmen in diesem Rahmen eine prominente Stellung ein, indem betriebswirtschaftliche Managementkonzepte zur Optimierung der Steuerung des Betriebsablaufes der Industrie entlehnt und auf den Bereich der Pflege übertragen werden (Rosenthal, Th. 2005, S. 300). Unter Verwendung von Managementkonzepten wie beispielsweise dem „Total Quality Management“ (TQM)³⁰ setzen die Unternehmen die Optimierung der Arbeitsprozesse durch, um ihren Kunden durch Effizienz- und Qualitätssteigerung die Produkte (hier, die Durchführung der pflegerischen Leistungen) schneller, zu günstigeren Preisen und damit gewinnbringend anbieten zu können. Die Managementliteratur propagiert zur Verstärkung dieses Prozesses als „Königsweg“ die konsequente Übertragung des Marktmodells auf alle sozialen Beziehungen (vgl. Bröckling, U. et al. 2012, S. 133 f.). Managementprogramme und -konzepte dienen dabei als Instrumente der Führung, die Foucault als sozialpolitische Steuerungsinstrumente zusammenfasst, und die sich in Form von Sozialtechnologien und Selbsttechnologien³¹ im Sinne eines „unternehmerischen Selbst“ manifestieren (vgl. Friesacher, H. 2008, S. 131). Durch die Einfüh-

³⁰ Total Quality Management (TQM) ist die „Optimierung der Qualität von Produkten und Dienstleistungen eines Unternehmens in allen Funktionsbereichen und auf allen Ebenen durch Mitwirkung aller Mitarbeiter. Total Quality Management strebt die Erhöhung der Kundenzufriedenheit an“ (vgl. Gabler, Wirtschaftslexikon 2013). Nach Bröckling (2012) dehnt sich das TQM auf die Qualitätssteuerung und auf alle Unternehmensaktivitäten aus und bezieht neben den reinen Produkt- und Produktionsprozessen auch die Kommunikation mit den Kunden ein (vgl. Bröckling, U. et al. 2012, S. 136).

³¹ Als Selbsttechnologie bezeichnet Foucault die aus der christlichen Busspraxis hervorgegangene Technik der freiwilligen Selbstkontrolle bzw. der Selbstprüfung, die nicht aus einem Akt der sich selbst steuernden Individualität zu verstehen ist, sondern aus einer verinnerlichten Verpflichtung zum erzwungenen Schuldbekenntnis. Unter Subjektivierung der Menschen versteht Foucault demnach nicht die Suche nach dem eigenen, autonomen Selbst, sondern die perfektionierte Unterwerfung unter die „Normalisierungsgesellschaft“ (vgl. Fuchs-Heinritz, W. et al. 1994, S. 595).

rung der Pflegeversicherung und die Festlegung von „Orientierungswerten zur Pflegezeitbemessung“ so Kelle (2007), werden die Ökonomisierungsprozesse in der Altenpflege, verbunden mit einer Taylorisierung des Pflegehandelns, weiter verstärkt. Die Folgen sind „Missstände von Vernachlässigungen“ und eine „gefährlichen Pflege“ in den Einrichtungen, da sich mit der Durchdringung betriebswirtschaftlicher Instrumente in den Einrichtungen der Pflege die pflegerischen Leitbilder verändern:

„Ganz im Sinne der Ökonomisierung des Sozialen verdrängt dabei ein betriebswirtschaftlich orientiertes Leitbild von Qualitätsmanagement traditionelle Orientierungen von religiös oder ethisch motivierter Nächstenliebe, von Subsidiarität und Solidarität“ (Kelle, U. 2007, S. 113).

Demnach entfaltet die Ökonomisierung in der wohlfahrtsstaatlichen Infrastruktur ihre Wirkung im Bereich der ambulanten und der stationären Langzeitpflege, die sich von einer bedarfswirtschaftlichen hin zu einer marktwirtschaftlichen Versorgung entwickelt hat. Nach Bode (2013) manifestieren sich die hiermit verbundenen Konsequenzen in vier verschiedenen Dimensionen: Die „Defamilisierung“, „Rationierung“, „Vermarktlichung“ und die „Taylorisierung“. Mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 hat sich sowohl der ambulante Pflegebereich als auch der vollstationäre Pflegebereich zu einem wachsenden Wirtschaftssektor entwickelt, in dem marktorientierte Standarddienstleistungen erbracht werden. Diese Entwicklung führte vor allem durch den flächendeckenden Ausbau der ambulanten Pflege mit ihren häuslichen Versorgungsstrukturen entscheidend zu einer *Defamilisierung* der Altenpflege, wobei sich gleichzeitig die beruflich organisierte Pflege als ambulante Dienstleistung in ihrer Form als hilfreiche Alternative entwickelt hat. In einer Logik der Rationierung, die im Rahmen der Ökonomisierung von einem Mindestbedarf an wohlfahrtsstaatlicher Leistungserbringung ausgeht, ist die Altenhilfe insbesondere da betroffen, wo körperbezogenen Dienstleistungen ein höherer Stellenwert in der Unterstützung eingeräumt wird als den Fürsorgeaspekten, die in der direkten Zuwendung und Interaktion zum Ausdruck gebracht werden. Leistungen, die außerhalb der familiären Versorgungsstrukturen durch die Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt werden, folgen einer politischen Entscheidung zur Begrenzung von universellen Leistungsansprüchen in Abhängigkeit von der zugeordneten Pflegeeinstufung. Hier haben paramedizinische Hilfen Vorrang, wobei durch jüngste Reformentwicklungen alternative Versorgungsstrukturen für demenziell erkrankte Menschen stärkere Berücksichtigung erfahren (vgl. Bode, I. 2013, S. 12 ff.). Die Weiterentwicklung der professionellen Altenhilfe seit Mitte der 1990er-Jahre findet im Zuge der *Vermarktlichung* pflegerischer Dienstleistung ihren Ausdruck in einer rationalisierten Leistungserstellung, die vor dem Hintergrund gesundheitspolitisch gewollter Wettbewerbsstrukturen ihre pflegerischen Dienstleis-

tungen in einem breiten Markt von „konkurrierenden Anbietern“ bereitstellt. Bode benennt dies als „wohlfahrtsmarktliche“ „Governance“ des Pflegesektors (2007), welche die Leistungsqualität in einer Ex-post-Überprüfung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) dazu veranlasst, die Einrichtungen zu bewegen, ihre Dienstleistungsqualität zu verbessern, wenn sie im Kampf der Konkurrenz weiter bestehen können wollen. In der *Taylorisierung*, so Bode, spiegelt sich die pflegerische Arbeit in ihrer zergliederten Arbeitsorganisation wider, die bei gegebenem Ressourceneinsatz um eine maximale Leistung bemüht ist. Taylorisierte Ansätze ziehen in den Pflegesettings so ein direktes Spannungsverhältnis zu den konventionellen Formen personenorientierter Dienstleistungen nach sich, da eine den natürlichen Umständen angemessene, spontane und flexible Gestaltung der Dienstleistung in Abhängigkeit von den unmittelbaren Bedürfnisse der zu Pflegenden in den Hintergrund gerät. Enge Zeitkorridore, die durch die refinanzierten Zeitkontingente der Pflegeversicherung bestimmt sind, dominieren die Strukturen der ambulanten sowie der stationären Pflegeleistungsanbieter. Eine mechanistisch geplante Arbeitsorganisation, verbunden mit einer „Verknappung“ der Personaleinsatzplanung und der Planung personeller Reserven, die Verschiebung der Kompetenzgrenzen bei der Durchführung von pflegefachlichen Verrichtungen durch Hilfspersonal sowie das Aufbrechen von Bezugspflegestrukturen zum Zwecke der Erschließung von Effizienzreserven sind die Folgen, die den Alltag der ambulanten und der stationären Pflegepraxis bestimmen (vgl. Bode, I. 2013, S. 16 ff.). Die Folgen der Ökonomisierung in der Altenhilfe, so Bode, sind mit dem Anspruch an die Erwartungshaltungen einer professionellen, „guten Pflege“ nicht vereinbar. Obwohl der flächendeckende Ausbau ambulanter Versorgungssysteme sowie die Weiterentwicklung lebensnaher Versorgungskonzepte in der stationären Pflege eine deutlich positive Entwicklung in der Pflege und Betreuung älterer, pflegebedürftiger Menschen verzeichnen konnten, bleibt die Frage offen, inwiefern sich weitere qualitative Entwicklungsmöglichkeiten in der Gestaltung einer „guten Pflege“ durch die Prozesse der Ökonomisierung, wie hier beschrieben, nicht weiter entfalten können (vgl. Bode, I. 2013, S. 19 f.). Bode greift in seiner Analyse die Frage nach den Gründen eines fehlenden Widerstandes angesichts der weitreichenden Konsequenz der Ökonomisierung auf die Altenpflege auf. Er sieht in der Instrumentalisierung „weiblichen Arbeitsvermögens“ und der damit verbundenen Belastungsbereitschaft der betroffenen pflegenden Angehörigen sowie der professionell Pflegenden ebenso eine mögliche Antwort für die Durchsetzung der Entwicklungen wie in der gesellschaftlich schwachen Position der Klienten im Versorgungsbereich der Altenpflege. Gleichzeitig, so Bode, wird durch die vorherrschenden „Teilzeitregime“ in der ambulanten wie stationären Pflegeversorgung ein flexibles Angebot zur Arbeitszeitgestaltung möglich, indem die Pflegenden eine

große Möglichkeit zur Vereinbarung beruflicher und privater Lebensaspekte wahrnehmen können (vgl. Bode, I. 2013, S. 21 f.).

2.3.5 Stationäre Altenpflege im Spannungsfeld ethischer und ökonomischer Konfliktfelder

In der Ökonomisierungsdebatte werden vor allem Argumente herangezogen, die davon ausgehen, dass die Unternehmenskulturen staatlicher Einrichtungen durch ein fehlendes Kostenbewusstsein eine „Verschwendung knapper Mittel“ provozieren. Die Förderung von Wettbewerbsstrukturen soll dazu dienen, vorhandene Sparpotenziale auszuschöpfen und die Gesamtkosten für Gesundheitsleistungen durch die Stärkung der Eigenverantwortung der Akteure im Gesundheitswesen zu reduzieren. Dieser Prozess wird von den Akteuren unterschiedlich wahrgenommen. Einerseits reproduzieren sie Aspekte der Ökonomisierung und sehen hierin gelingende Maßnahmen einer sogenannten „Verschwendung“ von Ressourcen entgegenzuwirken (vgl. Kap. 2.3.3) und andererseits erachten sie medizinische, pflegerische und ethische Aspekte in einer Weise als überformt, die ihre persönliche Haltung deutlich beeinflusst.

Pflegende in den vollstationären Pflegeeinrichtungen sind in ihrem konkreten beruflichen Handeln aufgefordert, sich in den Organisationen so zu verhalten, dass sie den unterschiedlichen Erwartungen gerecht werden. Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung sollen sie im Spannungsfeld des ökonomischen Wandels professionelle Versorgungsstandards qualitätsorientiert umsetzen. Gleichzeitig sind sie unter den Zielbestimmungen einer effizienten und effektiven pflegerischen Versorgung herausgefordert, ihr pflegerisches Selbstverständnis und ihre moralische Haltung zu bewahren. Höhmann (2006) beschreibt diesen Aspekt als Herausforderung an ein konkretes berufliches Hilfehandeln der Pflegenden, indem die Pflegenden selbst entscheiden, ob und wie sie die verschiedenen Erwartungen erfüllen, „sie interpretativ dehnen oder gegen einige verstoßen [...]“ (vgl. Höhmann, U. 2006, S. 20).

Die moralische Bewertung pflegerischer Handlungen wird dabei an der Zuwendung zu bewerten sein, die aus pflegeethischer Perspektive den Lebenskontext sowie die Beziehungen der jeweiligen Person in ihrer individuellen Bedeutung beachtet und Empathie, Solidarität, Kooperation, Kommunikation sowie den Begriff der Sorge als Leitgedanken in sich trägt (vgl. Arndt, M. 2003, S. 20 f.). Der Bedarf einer an wertorientierten Pflege in den Pflegeeinrichtungen bezieht sich nach Reitinger demnach sowohl auf die „großen ethischen Themen“ wie Würde, Autonomie, Selbstbestimmung und Verteilungsgerechtigkeit sowie auf die „kleinen ethischen Themen“ des pflegerischen Alltags, die sich beispielsweise in Aspekten der Ernährung, Nahrungsverweige-

rung, Schutz der Intimsphäre, Fixierung, Davonlaufen, Sedierungen bis hin zu dem Thema Sterben und Tod zeigen. Im Rahmen dieser Aspekte stehen insbesondere ethische Entscheidungen im Vordergrund, die eine entsprechende Sensibilität der Pflegenden fordern, die über die Umsetzung und deren Gestaltung hierarchisierender Wertsetzungen, Prioritäten und Entscheidungen voraussetzen (vgl. Reitinger, E., Heller, A. 2010, S. 738 ff.). Das Ausbalancieren dieser Bedürfnisse und Aufgaben wird indes häufig als Spannungsfeld deutlich. Obwohl die Einrichtungen in ihrer Prozessarbeit zur Qualitätsentwicklung viele Aspekte zur Förderung einer individualisierten und bedürfnisorientierten Pflege ausrichten, orientieren sich gleichzeitig „Alltagsroutinen“ in der täglichen Pflegearbeit wie Körperpflege und Essen eher an den Anforderungen der Koordination und ökonomischen Prämissen als an den tatsächlichen Bedarfen der alten Menschen. Hinzu kommt der mit der Ökonomisierung in Zusammenhang stehende Zeitdruck, der immer wieder bei den Bewohnern sowie bei den Mitarbeitenden und den Führungskräften zu einem inneren Spannungsfeld führt (vgl. Reitinger, E., Heller, A. 2010, S. 742). Für den weiteren Verlauf der Studie zu den Folgen der Ökonomisierung auf die Versorgungsstrukturen und das Versorgungshandeln der Akteure sollen die nachfolgenden empirischen Befunde zu den ethischen und ökonomischen Konfliktfeldern sowie deren Folgen im Feld der Pflege herangezogen werden.

Empirische Befunde, Stand der Studienlage

Die Folgen veränderter Finanzierungsbedingungen in der gesundheitlichen Versorgung der letzten Jahre manifestieren sich vor allem darin, dass Arbeitsabläufe durch finanzielle Mittel nicht nur verschlankt, sondern auch notwendige Leistungen durch Personalmangel und Mittelverknappung in Form von Leistungsrationierung nicht mehr erbracht werden können.

In unterschiedlichen empirischen Studien konnte hierzu nachgewiesen werden, dass sich die Einführung der Pflegeversicherung im vollstationären Pflegebereich im Jahre 1996, auch wenn sie emanzipatorische Entwicklungen nach sich gezogen haben, überwiegend negativ auf die pflegerische Versorgung und die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals auswirkte (vgl. Blüher/Stosberg 2005; Weyerer/Schäufele/Hönig 2006). So stieg die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte in den letzten Jahren bei gleichzeitigem Personalabbau an, eine Entwicklung, die durch die wachsende Zunahme des Anteils an Menschen mit Demenz in den Einrichtungen begünstigt worden ist (vgl. Isfort, M. et al. 2004). Bereits in einer Studie des sozialwissenschaftlichen Forschungszentrums (SFZ) der Universität Erlangen-Nürnberg aus dem Jahre 2002 beklagten professionelle Pflegekräfte Zeitdruck, unregelmäßige Arbeitszeiten und einen Dokumentationsaufwand, der als „bürokratische Kontrolle“ empfunden wird und viel Zeit in Anspruch nimmt,

die für die Betreuung der Patienten fehlt. Sie beschreiben einen ausgeprägten Widerspruch zwischen beruflichem Selbstverständnis von Pflege und den wahrgenommenen Anforderungen an die Pflege, die sie als dichotome Größen: „Markt oder Menschlichkeit“ formulieren. Die befragten Pflegekräfte erfahren in dieser Entwicklung eine Bedrohung für den „sinnstiftenden Kern“ ihrer Profession, den sie mit den motivierenden Aspekten ihrer Tätigkeit in Verbindung bringen (vgl. Blüher, S., Stosberg, M. 2005, S. 184). Indes setzt die Fokussierung auf die fortlaufende Optimierung der Arbeitsprozesse die Pflegenden unter einen hohen Arbeitszeitdruck, sodass strukturell bedingte Gewalt³² und Vernachlässigungen begünstigt werden, die sich häufig in einer Verrohung der Umgangsweisen manifestieren. Unachtsame pflegerische Handlungen und Interaktionsprozesse werden unter selbstverständlich ablaufenden Handlungsroutinen durch die Pflegenden häufig nicht bewusst wahrgenommen. Käppeli (2009) spricht in diesem Zusammenhang von der Verbindung zwischen einer ethisch fragwürdigen Pflegepraxis und einer gesundheitspolitischen-, wissenschafts- und medizintechnologischen Entwicklung. Sie stellt hierbei in Frage, inwieweit unter dem aktuellen Zeitgeist und unter der Voraussetzung bestimmter Bildungsideologien das Ethos der Pflege unmittelbar zu beeinflussen ist. Als mangelnde Anteilnahme am Leid der Kranken und einer Entwertung des „Sich-für-andere-Sorgens“ beschreibt Käppeli dergestalt ein Phänomen, das sich ihrer Auffassung nach parallel zur gesellschaftlichen Säkularisierung entwickelt hat (vgl. Käppeli 2009, S. 110). Gemessen an dem Wertesystem, das bisher für die Pflege leitend war, führt ihrer Ansicht nach diese Entwicklung zu einer „beruflichen Desorientierung und Selbstentfremdung“. Die Autorin fasst die Folgen der Ökonomisierung zusammen als Konsequenzen eines ethischen Werterelativismus, der mit gravierenden Folgen für die „Integrität und Identität von Kranken, Pflegenden und für den Pflegeberuf einhergeht“ (vgl. Käppeli 2009, S. 110 f.).

³² In einer Studie von Görgen aus dem Jahre 2001 wurden 361 Pflegekräfte in einer schriftlichen Befragung zu unterschiedlichen Formen der Misshandlung, Vernachlässigung und unangemessener Freiheitseinschränkung in Einrichtungen der stationären Pflege befragt. Insgesamt 71,5 % der befragten Pflegekräfte (in 63 % der Fälle handelt es sich um examinierte Alten- und Krankenpflegekräfte) in den vollstationären Einrichtungen gaben an, im Verlauf der letzten 12 Monate mindestens einmal einen Bewohner körperlich oder psychisch misshandelt, vernachlässigt oder aus arbeitsökonomischen Motiven in seiner Freiheit eingeschränkt zu haben. Verbale Aggressivität sowie bestimmte Formen pflegerischer Vernachlässigung wie beispielsweise das nicht rechtzeitige Lagern (29,1 %) und eine unzureichende Mundpflege (28,0 %) wurden durch die Befragten ermittelt. Die am häufigsten genannten Formen der Gewaltanwendung beziehen sich auf verbal aggressives Verhalten sowie Formen pflegerischer Vernachlässigungen (vgl. Görgen 2007, S. 123 f.). Auch Roth (2007) greift auf Beobachtungen in stationären Pflegeeinrichtungen zurück, aus denen bevormundende oder infantilisierende Akte und unangemessene Freiheitseinschränkungen gegenüber den zu Pflegenden hervorgehen (vgl. Roth, G. 2007, S. 80). Unter dem zunehmenden Arbeitsdruck fasst Amrhein (2005) zusammen, dass durch eine mangelnde personelle und materielle Ausstattung der Einrichtungen, Krankheitsabwesenheiten und eine hohe Fluktuation des Personals in den stationären Pflegeeinrichtungen das Entstehen struktureller und individueller Gewalt, entsteht, indem die Bewohner der Einrichtungen zu „Objekten einer zweckrationalistischen Arbeitsorganisation degradiert“ werden (vgl. Amrhein, L. 2005, S. 410 f.).

Als „moralische Desensibilisierung“ beschreibt auch Kersting (2011) in diesem Zusammenhang ein Phänomen, das sie in ihrer Studie „Coolout“ in der Pflege zum Ausdruck bringt. Hier gibt sie das Reaktionsverhalten von Pflegenden auf ein Spannungsfeld wieder, das da entsteht, wo Pflegende Aspekte der Pflege nicht an den individuellen Bedürfnissen der Patienten ausrichten und verwirklichen können. In Form einer „moralischen Desensibilisierung“ entwickeln Pflegende ein Verhalten, um sich dem strukturellen Widerspruch in der Pflege zu entziehen. Mit dem Begriff: „sich *kalt* machen“, nehmen sie so ein Reaktionsmuster auf, das den Umgang der Pflegenden mit der Ambivalenz zwischen pflegerischem Anspruch und einem nicht Umsetzenkönnen dieses Anspruches in der praktischen Pflegegestaltung beschreibt (vgl. Kersting, K. 2013).

Auch die interaktiven Aspekte der Beziehungsgestaltung drohen unter dem Primat der Zweckrationalität und dem „schematische Abarbeiten eines Pflegeplans“ unter vorgegebenen zeitlichen Ressourcen an Bedeutung zu verlieren. Die Pflegewissenschaftlerin Abt-Zegelin (2009) weist an dieser Stelle darauf hin, dass die Pflegenden selbst dazu neigen, die Interaktion mit den Pflegebedürftigen nicht als „richtige Arbeit“ anzusehen, sondern als „Schwatz“ abzuwerten. Hierin zeigt sich, so Kumbruck, dass die besondere Bedeutung der Beziehungsarbeit in der Pflege unterschätzt wird (vgl. Kumbruck, C. 2009, S. 165). Untersuchungen von Böhle et al. (2011) zufolge ist gerade das „interaktiv-dialogische Vorgehen“, in dem die empathische Beziehung zu den Pflegebedürftigen zum Ausdruck kommt, als ressourcenschonend und wirtschaftlich zu bezeichnen, da sowohl Kostenaufwendungen durch Burnouts der Pflegenden sowie Kosten durch teure Behandlungsfehler vermieden werden könnten (vgl. Böhle, F. 2011).

Eine empirische Datenlage zur Personalentwicklung im stationären Versorgungssektor verweist auf eine rückschrittliche Tendenz bei den Beschäftigten im Pflegebereich (vgl. Bauer, U. 2007, S. 106). Laut einer Studie des „Deutschen Institut für Pflegeforschung“ (DIP) aus dem Jahre 2002 lassen sich für die stationäre Langzeitpflege insbesondere drei zentrale Problemfelder identifizieren, die als „personeller Engpass“, „steigende Arbeitsbelastung“, und „abnehmende Eignung der Bewerber“ beschrieben werden und in der Frage zur Personalentwicklung eine weitere Verschärfung der Umstände darstellen. Der Anstieg geleisteter Überstunden sowie die steigende Zahl der Krankheitsausfälle und Kuranträge in der stationären Altenhilfe werden als besonders gravierend empfunden, sodass mit einer weiteren Verschlechterung der Arbeitssituation gerechnet werden muss (vgl. DIP 2002, S. 5 f.). Zu den psychosozialen Belastungsfolgen in der stationären Altenpflege geben vor allem einige Beiträge aus Untersuchungen im anglo-amerikanischen, skandinavischen und deutschen Raum Auskunft, die von den Autoren

Siegrist/Rödel (2005) in einer umfassenden Literaturstudie zusammengefasst wurden³³. Darüber hinaus werden geringe Entscheidungsspielräume und Mitsprachemöglichkeiten, mangelnde gesellschaftliche Anerkennung des Berufes und Mängel in der Arbeitsablauforganisation genannt, die dazu beitragen, dass viele Auszubildende in der Altenpflege bereits im Verlauf der Ausbildung eine Desillusionierung und einen sogenannten „Praxischock“ erfahren (vgl. Siegrist, J., Rödel, A. 2005, S. 7).

Auch die Verantwortlichen für das Pflegemanagement betrachten in ihrem eigenen Leistungshandeln die Aspekte der Ökonomisierung nicht nur als notwendige und mögliche Maßnahmen für einen ressourcenschonenden Umgang, sondern sie sehen sich in unterschiedlicher Weise mit den negativen Folgen der Ökonomisierung konfrontiert. In einer Studie von Dibelius aus dem Jahre 2001 beispielsweise beklagen sich Verantwortliche für das Pflegemanagement darüber, dass sie unter Einhaltung restriktiver Finanzierungsbedingungen weder den Bedürfnissen der Bewohner noch ihrer Verantwortung in der Umsetzung fachlicher Standards gewissenhaft nachkommen können, obwohl sie dies möchten. Die hieraus entstehenden ethischen Konfliktfelder führen dazu, dass die verantwortlichen Mangerinnen und Manager gefährdet sind, sowohl ihre fachliche als auch ihre persönliche Integrität zu verlieren. Dies ist häufig verbunden mit einem Verlust des professionellen Ethos und/oder dem Verlust der Loyalität gegenüber dem Arbeitgeber. Die Studie zeigt ferner, dass die Befragten ungeachtet der großen Sensibilität ihrer Berufsgruppe im Umgang mit ethischen Fragestellungen mit signifikanten Konflikten konfrontiert sind, obwohl in der Mehrheit der Einrichtungen Ansätze einer integrativen Wirtschaftsethik als Konzept vorlagen. In den übrigen Einrichtungen konnte eine klassische „Zwei-Welten“-Teilung identifiziert werden, in der sich die zentralen Handlungsfelder Ökonomie und Ethik spalten. Die Qualität der Kooperation der Leitungspersonen mit der geschäftsführenden Leitung stellt ein entscheidendes Kriterium für die Qualität sowohl der Pflege als auch der Mitarbeiterzufriedenheit dar. Während in den wirtschaftsethisch orientierten Einrichtungen die Pflegemanager weniger einer „von oben“ angeordneten „Sachzwanglogik“ unterliegen, und ihre individuellen Hand-

³³ Neben den spezifischen Anforderungen an den Pflegeberuf als personennahe Dienstleistung – verbunden mit den für diese Berufe typischen Belastungsstrukturen wie beispielsweise dem Umgang mit demenziell veränderten Menschen, der Auseinandersetzung mit den Angehörigen, der ständigen Konfrontation mit Leiden und Tod – wird hier der Zeitdruck als besonders belastend empfunden. Hiermit eng verbunden sind Überlastung und Überforderung durch eine Kombination aus hohen Arbeitsanforderungen und geringer Bereitstellung von Ressourcen. Chronische Stresserfahrungen wie das „Burnout-Syndrom“, das von emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung (die Unfähigkeit, den Pflegebedürftigen als Person wahrzunehmen) und eingeschränkter subjektiver Leistungsfähigkeit begleitet wird, sind die Folgen. Beschwerden wie Schlafstörungen, Magen-Darm-Beschwerden, manifestierte Herz-Kreislauf-Erkrankungen und depressive Beschwerden sind den Autoren zufolge weitere Folgen psychosozialer Belastungen im Bereich der Altenpflege, deren Häufigkeit gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt in dieser Berufsgruppe etwas erhöht ist. (vgl. Siegrist, J.; Rödel, A. 2005, S. 6 f.).

lungsfreiräume und -grenzen bewusst zu gestalten verstehen, dominiert in den übrigen Einrichtungen ein „raues soziales Klima“, das in seiner Wirkung die Qualität der Betreuung der Bewohner deutlich beeinflusst. Dies belastet sowohl die Atmosphäre des Arbeitsumfeldes als auch die Motivation der Mitarbeiter (vgl. Dibelius, O., Arndt, M. 2003, S. 25 f.). Die Untersuchungsergebnisse zeigen deutlich, dass auch das pflegeethische Handeln der Pflegemanagerinnen auf einem interaktiven Pflegeverständnis beruht, das sich grundlegend sowohl an den Menschenrechten als auch an den individuellen Lebenslagen der Bewohner und der Mitarbeiter orientiert. Die strukturellen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen werden daher zum Teil als „schmerzhaft“ erfahren, sodass dies zur Aufgabe des Berufsethos und damit verbunden zur inneren wie äußeren Kündigungen führen kann.

„Andere zu veranlassen, würdelos pflegen zu müssen, erlebe ich wie einen Angriff auf meine eigene Person.“ (Dibelius, O. 2003, S. 25)

Bei allen Entscheidungen stehen Führungskräfte in einem Spannungsfeld verschiedener Interessen, Anforderungen und Handlungsmöglichkeiten. Dazu gehören persönliche Wertvorstellungen, Unternehmensgrundsätze, Unternehmenspolitik und Unternehmenskultur, Berufskodizes sowie gesellschaftliche Normen und Traditionen (vgl. Dibelius, O., Arndt, M. 2003, S. 43).

In einer weiteren Studie zum ethischen Handeln von Führungskräften (2003) konnte gezeigt werden, dass Führungskräfte angesichts der aktuellen Politik im Gesundheitswesen mit den vielseitigen Problemen ihrer Mitarbeiter überfordert sind. Hierbei zeigt sich, dass Pflegemanager, die sich reflektiert mit ihrer Position auseinandersetzen, offenbar in geringerer Weise von Konflikten und Ängsten in ihren täglichen Entscheidungssituationen betroffen sind. Alle Beteiligten der Untersuchung beanstanden unzureichende Rahmenbedingungen in den Einrichtungen sowie ein vorherrschend „zweckrationales Denken“, das eine werteorientierte Reflexions- und Handlungsebene zu wenig berücksichtigt (vgl. Bauer, N. et al. 2003, S. 38). Ein ähnliches Ergebnis geht aus einer anglo-amerikanischen Studie aus dem Jahre 2011 unter dem Titel: „How do nurses cope when values and practice conflict?“ hervor.

„Participants described a range of organisational constraints that they felt restricted the expression of their values.“ (Stacey, G. et al. 2011, S. 21)

Die Teilnehmer der Studie beschreiben hier eine Reihe von organisatorischen Sachzwängen, die sie darin beschränken, ihren Werten Ausdruck zu verleihen.

Auch aus der Perspektive des Neoinstitutionalismus³⁴ ist erkennbar, dass die stationären Pflegeeinrichtungen unter einem erheblichen Druck stehen, da sie gesetzlich geforderte Qualitätsmaßstäbe unter ökonomischen Bedingungen schnell umsetzen müssen. Die Umsetzung dieser vielfältigen Leistungen geschieht indes nicht ohne erhebliche Versorgungsmängel (vgl. MDS 2005, 2007, 2012). Mit den seit 2009 eingeführten „Transparenzregeln“ (PTVS)³⁵ und der damit verbundenen Verpflichtung der Einrichtungen zur Veröffentlichung der Ergebnisse ihrer extern bewerteten Versorgungsqualität ist der „formale Erfüllungsdruck“ der Einrichtungen weiter angestiegen (vgl. Höhmann, U. 2010, S. 1 f.). Management und Pflegende geraten demzufolge durch die vielseitigen von außen erwarteten Anforderungen in ein Spannungsfeld konfligierender Interessen, bei dem sich die Erwartungen gleichzeitig an die Erfüllung einer Werteperspektive „humaner Lebensorte“ sowie an eine rationale Unternehmensführung und Arbeitsgestaltung richten (vgl. Höhmann, U. 2010, S. 4). Die Einrichtungen reagieren nach Höhmann im neoinstitutionellen Sinne als Ausgleich auf den Außendruck der hier genannten ambivalenten Anforderungen mit einem „Isomorphismus aus Zwang“, indem sie für ihre Außenwirkung in den Leitbildern die „humanen Werthaltungen“ erwartungsgemäß postulieren und ihre innere Organisationsstruktur durch eine konsequente Standardisierung von Arbeitsabläufen zur kosteneffizienten Zielerreichung vertreten und durchsetzen. Hierbei werden in den Einrichtungen der stationären Pflege meist durch unzureichend reflektiertes Handeln und unter fehlender Besinnung eigener Möglichkeiten pauschale, „erfolgreiche“ Strategien übernommen (ebd.).

In einer qualitativen Studie zweier stationärer Pflegeeinrichtungen in den Jahren 2006 und 2008 untersuchte Höhmann in diesem Zusammenhang „ungenutzte Gestaltungschancen bei der Qualitätsentwicklung in der stationären Altenpflege“ und verweist in einem zusammenfassenden Fazit auf ein „erschreckendes pflegekonzeptionelles Vakuum“ hin, das sich sowohl auf der Mitarbeiter- als auf der Managementebene darstellt. In ihren Ergebnissen zeigt Höhmann, dass durch die starke „Außenorientierung“ sowie die „Nachahmung“ von Prozessen und Strukturen aus

³⁴ Der Neoinstitutionalismus zählt zu den bedeutendsten Ansätzen der Sozialwissenschaften, der als soziologischer Neoinstitutionalismus in der Organisationsforschung zur Anwendung kommt. Der Neoinstitutionalismus ist besonders gekennzeichnet durch seine weite gesellschaftliche Perspektive und lässt sich zurückführen auf die frühen 1950er-Jahre der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Analyse von Organisationen in Amerika. Seine intellektuellen Wurzeln gehen zurück auf Wissenschaftler, wie beispielsweise Parsons, der Organisationen systematisch zum Gegenstand soziologischer Reflektionen machte (vgl. Senge, P. 2008). Der Neoinstitutionalismus nimmt im Kern eine makrosoziologische Perspektive ein und ist daher nicht alleine auf der Organisations- und Akteursebene zu verorten, sondern in einem weiteren gesellschaftlichen Umfeld (vgl. Senge, K. 2011, S. 17).

³⁵ Insbesondere die bundesweite Notengebung, welche im Durchschnitt bei 1,3 (stationär) und 1,6 (ambulant) liegt und damit nahezu keine Varianz aufweist, war und ist Gegenstand einer intensiven kritischen Debatte (vgl. Hasseler et al. 2010, Bonato et al. 2011, Weidner et al. 2011).

anderen ökonomisch erfolgreichen Unternehmen, die Bedürfnisse der Bewohner, aber auch die damit verbundenen negativen Folgen für die Einrichtungen aus dem Blickfeld geraten. Den untersuchten Einrichtungen gelingt es hierbei offenbar nicht, eine Brücke zwischen den teilweise widersprüchlichen Erwartungen einer „rationalen Unternehmenswelt“ einerseits und einem „Wertekosmos christlicher Helferideale“ andererseits zu schlagen. Im neoinstitutionalistischen Sinne mangelt es hier insbesondere an einem „fachlichen Druck“ von Seiten der Berufsgruppe der Pflege, die mit einem fehlenden professionellen Habitus einhergeht, um die Anforderungen externer Qualitätsinnovationen intern erfolgreich umzusetzen. Nach Höhmann erschweren ein Mangel an akademischen Qualifikationen, ein zu geringes berufliches Selbstbild, eine niedrige Fachkraftquote sowie ein hoher Anteil an Teilzeitstellen in den Einrichtungen die Gestaltung und Umsetzung von Innovationen und fachlicher „Brückenkonzepte“ zur Unterstützung und Steuerung von fachlichen Prozessen (vgl. Höhmann, U. 2010, S. 14). In diesem Zusammenhang sprechen arbeitssoziologische Analysen aus organisationstheoretischer Sicht von „Kollisionen“ zwischen dem „fachlichen Arbeitsethos“ der Berufsgruppen und den Organisationszielen, Wirkmechanismen, durch die sich Senne (2000) zufolge „den Professionellen“ ihre soziale Ehre und ihr professionelles Zugehörigkeitsgefühl genommen wird (vgl. Höhmann, U. 2009, S. 21).

Die Folgen der Ökonomisierung spiegeln sich nicht nur in einer starken Entfremdung der beruflichen Identität und einem fehlenden Einklang von Sinnstrukturen wider, sondern sie manifestieren sich mehr und mehr zu einem finalen Akt einer ganzen Berufsgruppe, indem sich viele Pflegenden für den Ausstieg aus dem Pflegeberuf entscheiden. Die Ursachen hierfür müssen darin gesucht werden, dass das Management sehr vieler Pflegeeinrichtungen die Rahmenbedingungen der Arbeit nur unzureichend organisiert und eine mangelnde Kooperation zwischen den einzelnen Führungs- und Funktionsebenen besteht (vgl. Hasselhorn H. M. et al. 2005).

Zusammenfassung/Resümee

In der Auseinandersetzung mit der Analyse zur Ökonomisierung der vollstationären Langzeitpflege und deren Folgen für die Versorgungspraxis und das Versorgungshandeln der Akteure sind sowohl die Definition des Begriffes selbst als auch die Analyse der Ökonomisierung des Sozialen und die des Pflegerischen von tragender Bedeutung. Die Analysen bieten ein Einsehen in die hiermit verbundenen gesellschaftlichen wie individuellen Wandlungsprozesse menschlicher Bedürfnisse und menschlichen Handelns und die damit einhergehenden Herausforderungen für die Akteure im Praxisfeld der Pflege. Hiermit verbunden können wesentliche empirische Befunde festgehalten werden, die vor allem das Spannungsfeld ethischer und ökonomischer Konfliktfelder

aufzeigen. Für den weiteren Verlauf der Studie zu den Folgen für die Versorgungspraxis der vollstationären Langzeitpflege sollen die nachfolgenden Überlegungen festgehalten werden:

Die Herausforderung der Gestaltung des demografischen Wandels ist eine politische und gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die unter der Perspektive gerechter und dem Leben dienlicher Prinzipien der Ressourcenverteilung zu betrachten ist. Daher bezieht der Anspruch, Mittel und Kosten für die Ausgaben in diesen Bereichen an den Kriterien einer gerechten Verteilung auszurichten, eine ethisch begründete Vernunft zu wirtschaftlichem Handeln auf allen gesellschaftlichen Ebenen ein. Die hiermit verbundene Einführung marktwirtschaftlicher Steuerungselemente in das Sozialsystem verdient insofern eine besondere Aufmerksamkeit, da dieser Prozess der „Ökonomisierung“ in seiner dehnbaren Interpretation zweifellos einer Steigerung der Effizienz dient, aber auch mit erheblichen Folgen für die Versorgungsqualität der einzelnen gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Versorgungsbereiche einhergeht.

Der Begriff der Ökonomisierung erfährt seit den 1990er-Jahren des letzten Jahrhunderts eine vielseitige Bedeutung und reicht in seiner Interpretation von einem Verständnis planvoller und notwendiger Reform des Gesundheitswesens zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit bei gleichzeitiger Verbesserung der Versorgungsqualität bis hin zu einem sehr kritischen Verständnis von Ökonomisierung, das zu einer Verkehrung der Zweck-Mittel-Relation führt.

Die aktuell vorherrschende Stellung des neoliberalen Denkens in nahezu allen Gesellschaftsstrukturen prägt auch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens, die sich in einer wachsenden Privatisierung gesundheitspolitischer Bereiche manifestiert. Im Kontext dieser Entwicklung ist Arbeit seit dem frühen 20. Jahrhundert vielmehr zu einem Element „individueller“ wie „kollektiver Identität“ geworden und bestimmt so die Bedeutung und Stellung menschlicher Bedürfnisse und des menschlichen Handelns.

Die Regulierungen des Marktes auf nationaler sowie auf internationaler Ebene folgen den Regeln des konkurrierenden Wettbewerbs, indem das Individuum, angetrieben durch das Bedürfnis nach Identitätsstiftung seine Kompetenzen und seine Motivation durch eine effiziente Selbstführung dem Markt zur Verfügung stellt. In diesem Streben wird das Wettbewerbsprinzip zum durchdringenden Selbstzweck allen Handelns, sodass vielseitige und weitreichende Aspekte möglicher Denk- und Handlungsimpulse zur Motivation in den Hintergrund gedrängt und aus ethischer Sicht menschliche Handlungsdimensionen reduziert werden.

Im Zuge der Ökonomisierung droht indes die Neoliberalisierung im Bereich des Gesundheitswesens solidaritätsgetragene Strukturen einer Sozialordnung zu erodieren, die vor dem Hintergrund ihrer langen Tradition in Deutschland eine soziale Sicherung beständig bereitstellte. Der Abbau sozialstaatlicher Sicherungssysteme kommt einem Paradigmenwechsel gleich, der eine gesellschaftliche Tendenz der Polarisierung und Endsolidarisierung fördert. In den Einrichtungen des Gesundheitswesens zeichnen sich diese Folgen der Ökonomisierung als Spannungsfeld ethischer und ökonomischer Konfliktfelder besonders deutlich ab, da die Bedürfnisse zur Umsetzung fachlicher Standards mit den Anforderungen restriktiver Finanzierungsrahmen häufig kollidieren. Als besonders gravierend sind die Folgen der Zweckrationalität zu bezeichnen, die eine zunehmende Verschlechterung der Rahmenbedingungen innerhalb des Gesundheitswesens nach sich ziehen. Der Anspruch an berufsethisches Handeln wird dem Primat der Nutzenmaximierung untergeordnet, indem eine bedarfsgerechte Versorgung auf einen minimierten Aufwand reduziert wird. In einer Verkehrung der Zweck-Mittel-Relation als Folge der Ökonomisierung dient der Markt so dem Interesse einer ökonomischen Sozialität, dem sich Staat, Gesellschaft und Individuum in die Funktionsanforderungen einer ökonomischen Rationalität nahezu unmerklich unterordnen. Das Wirtschaften im Sinne einer sozialen, ökonomischen Grundordnung, in der aus wirtschaftsethischer Sicht ein Beitrag zur Unterstützung des Menschen in der Gestaltung eines gelingenden Lebens zu leisten ist, verliert indes seine ursprüngliche Bedeutung.

Die Ökonomisierung der Pflege und die damit verbundenen Konsequenzen in der Gestaltung des pflegerischen Alltags bringen neue Herausforderungen für berufliche Pflegende mit sich. Obwohl Wirtschaften im Sinne eines zielführenden und ressourcensparenden Handelns unter ethischen Gesichtspunkten für die Akteure auch im Gesundheitswesen ein wertvolles Ziel ist, bewegen sich die Vorstellungen von der Pflege und die praktische Gestaltung pflegerischer Arbeit in einem konfligierenden Spannungsverhältnis. Dies, da die Qualität pflegerischer Arbeit sich nicht nur in der Einhaltung funktionalistisch-praktischer Tätigkeiten im Rahmen standardisierter Prozessgestaltung vollzieht, sondern vor allem da zum Ausdruck kommt, wo Pflegende in ihrer ethischen Haltung pflegerische Aspekte der Fürsorge gestalten wollen. Hier geraten Pflegende häufig unter dem Druck der Ökonomisierung in ein Gefühl der beruflichen Entfremdung, da sie im Sinne ihres Berufsverständnisses ihr Ethos der Fürsorge nicht reflektiert zur Gestaltung bringen können.

Der Frage danach, in welchem Ausmaß die Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege unter den fortschreitenden Folgen neoliberaler Gesellschaftsstrukturen und dem damit zusammenhängenden Ökonomisierungsprozess überformt sind und ihr Versorgungshandeln sowie die

Qualität der pflegerischen Versorgung dem Primat der Nutzenmaximierung im Gesundheitswesen tatsächlich untergeordnet ist, soll demnach in dem nun folgenden Kapitel (Kap. 2.4) weiter nachgegangen werden.

2.4 Ökonomisierung und das Feldkonzept Pierre Bourdieus

Die Interpretationen des Begriffes der Ökonomisierung reichen von einem Verständnis planvoller und notwendiger Reformen des Gesundheitswesens zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und der Verbesserung der Versorgungsqualität (Oberender 2007) bis hin zu einem sehr kritischen Verständnis von Ökonomisierung, das zu einer Verkehrung der Zweck-Mittel-Relation führt (Kühn 2003; 2004). Indes zeichnen sich die Folgen der Ökonomisierung über den ethischen Anspruch eines ressourcensparenden Handelns hinaus da ab, wo sich durch Zweckrationalität eine zunehmende Verschlechterung der Rahmenbedingungen innerhalb des Gesundheitswesens entwickelt – vor allem dort, wo der Anspruch auf berufsethisches Handeln dem Primat der Nutzenmaximierung untergeordnet wird, indem eine bedarfsgerechte Versorgung auf einen minimierten Aufwand reduziert wird (Bode et al. 2015; Käppeli 2009; Friesacher 2008; Dibelius 2003).

In der nachfolgenden Analyse soll das Ausmaß der Veränderungen der Ökonomisierung auf das soziale Gefüge bisher autonomer gesellschaftlicher Teilbereiche, speziell jedoch mit Blick auf das Feld der Pflege eingegangen werden. Hier wird noch einmal Bezug genommen auf die Grundlogik der Feldtheorie Bourdieus (Kap. 2.4.1), um in einem weiteren Schritt über die Ausführungen der „Verdrängung des Ökonomischen“ (vgl. Kap. 2.4.2) zur Einschätzung der Ökonomisierungsgrade nach Schimank/Folkmann (2008) vorzustoßen (vgl. Kap. 4.3). In einer abschließenden Reflexion erfolgte die Hinführung zu der Konkretisierung der forschungsleitenden Fragestellung der Studie.

2.4.1 Zur Grundlogik der Feldtheorie Bourdieus

Folgt man dem Idealtypus ökonomischen Handelns, der im Sinne Max Webers durch den rational denkenden und handelnden „Homo oeconomicus“ repräsentiert wird, und der die Rationalität jeglichen Handelns auf den größten ökonomischen Nutzen ausgerichtet sein lässt, droht die Gefahr, dass wertorientierte und ethische Handlungsmotive dieser Rationalität untergeordnet werden. Wertkonflikte zwischen ökonomischen Kalkülen und den versorgungsethischen Aspekten stehen indes vor allem in den Einrichtungen des Gesundheitswesens zunehmend im Mittelpunkt und führen nicht zuletzt zu kulturellen Umwandlungen der Versorgungssysteme (vgl. Kap. 2.3). Dennoch wird auch in pflegewissenschaftlichen Diskursen die hiermit zusam-

menhängende Ökonomisierungsdebatte im Bereich der pflegerischen Versorgungssysteme ambivalent geführt, indem der Begriff der Ökonomisierung einerseits als „Eindringen ökonomischer Denk- und Handlungsmaximen“ im Feld der Pflege verstanden wird und andererseits als Chance, das Berufsfeld der Pflege durch eine verstärkte Wahrnehmung der wirtschaftlichen Rationalität und der damit verbundenen Qualität in den Versorgungsstrukturen zu emanzipieren (Friesacher 2008; Stemmer 2002).

Die Tendenzen der Vermarktlichung werden mit zunehmendem Interesse in den Disziplinen der Sozialwissenschaft analysiert und in ihrer „radikalen Wirkung“ auf viele Lebens- und Arbeitsbereiche kritisiert (vgl. Rosa, H. 2014). Auch die noch relativ junge Ökonomisierungsdebatte in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften folgt vielseitigen und differenzierten Analysen philosophischer und sozialwissenschaftlicher Disziplinen, welche diese Entwicklungen in ihrer Wirkung dokumentieren. Insbesondere die Analysen über die Ökonomisierung im Neoliberalismus und deren Auswirkung auf die Sozialstrukturen durch Foucault ermöglichen hierzu einen tiefen Einblick in die Zusammenhänge und Wirkungen systematischer Ökonomisierungsprozesse auf Individuum und Gesellschaft (vgl. Kap. 2.3).

Vor diesem Hintergrund soll der Prozess der Ökonomisierung in seiner gesamtgesellschaftlichen Bedeutung, vornehmlich jedoch mit den Folgen für das Feld der Pflege in einer weiteren Fragestellung der vorliegenden Studie beleuchtet werden. Im Vordergrund hierbei steht die Frage nach dem Ausmaß der Durchdringung ökonomischer Prozesse als fremde Systemlogik auf das Feld der vollstationären Langzeitpflege, das als gesellschaftliches Teilsystem verstanden werden kann.

Hierzu greifen die Autoren Schimank/Volkman (2008) auf das Feldkonzept Pierre Bourdieu zurück und definieren den Ökonomisierungsprozess von Teilsystemen mit ihrer zunehmenden Bedeutung wirtschaftlicher Handlungslogik als strukturelles Phänomen moderner westlicher Gesellschaften.

„Wer von einer Ökonomisierung gesellschaftlicher Teilbereiche wie bspw. der Hochschulen oder des Gesundheitswesens oder gar von einer Ökonomisierung der Gesellschaft insgesamt spricht, tut dies zumeist in einer kritischen Haltung. [...] Ökonomisierung bezeichnet einen Vorgang, durch den Strukturen, Prozesse, Orientierungen und Effekte, die man gemeinhin mit einer modernen kapitalistischen Wirtschaft verbindet, gesellschaftlich wirkmächtiger werden.“ (Schimank, U, Volkman, U. 2008, S. 382)

In ihrer Betrachtung gehen die Autoren jedoch nicht zwingend von einer Überformung der jeweiligen Teilsysteme durch das Wirtschaftssystem aus, sondern sie differenzieren die Einflüsse

der Ökonomisierung, indem sie ihr unterschiedliche Differenzierungsgrade zuordnen (vgl. Schimank/Volkman 2008, S. 284).

Zu den Fragen, inwieweit sich soziale Gefüge durch ökonomische Einflüsse verändern, liefert Pierre Bourdieu (1998) in seinen Studien zu dem Einfluss ökonomischer Prozesse auf ausgewählte, bisher autonome gesellschaftliche Teilbereiche einen weiteren Analysezugang. Hierin nähert er sich auf analytischem Wege dem Prozess, wie die Mechanismen des Marktes im Bereich des Journalismus, der Kunst, Kultur und Wissenschaft durch wachsende Machtinteressen neoliberaler Strukturen beeinflusst werden.

„Es handelt sich also darum, zu prüfen, wie tief der von diesem – selbst von den Zwängen des Marktes dominierten – Feld ausgehende strukturelle Zwang die Kräfteverhältnisse innerhalb der verschiedenen Felder modifiziert, wie weit er beeinflusst, was man dort macht und was dort geschieht, und wie in diesen auf der Erscheinungsebene sehr unterschiedlichen Welten sehr ähnliche Effekte hervorgerufen werden.“
(Bourdieu, P. 1998, 103)

Wie bereits in Kap. 2.2.3 erwähnt, fasst Pierre Bourdieu mit seinem Konzept der Felder eine Beschreibung der Gesellschaftsstruktur zusammen, die sich in verschiedenen autonom agierenden gesellschaftlichen Teilbereichen manifestiert, in denen jeweils unterschiedliche „Spielregeln“ vorliegen, und die durch ihre jeweiligen Akteure „stillschweigend anerkannt“ werden. Die unterschiedlichen Felder haben hier ihre jeweils eigenen Strukturen, die gewisses Handeln und Verhalten erlauben und nicht erlauben. Somit bieten die je spezifischen Bedingungen der Felder ihren Akteuren grundlegende Logiken an, die ihnen eine verbindliche Orientierung geben und die ihr „Denk-, Wahrnehmungs- und Bewertungsschema“ als „Habitus“ prägen. Die sozialen Mitglieder der Gruppen sind überzeugt von den Spielregeln des sogenannten „Drehbuches“, die das jeweilige Feld innerhalb der Gesellschaftsstruktur organisieren (vgl. Bourdieu, P. 1998, S. 48). Sie besitzen Vertrauen in die damit verbundene soziale Welt, durch die sie sich getragen fühlen und glauben an die Sinnhaftigkeit eines Spiels „*Illusio*“ der dort herrschenden Regeln (vgl. Bourdieu, P. 2014, S. 278).

„[...] das heißt, die grundlegende Bindung an das, das grundlegende Verhaftetsein mit dem Spiel, die Illusio, Anerkennung des Spiels und der Nützlichkeit des Spiels, Glauben in den Wert des Spiels und seines Einsatzes, die alle besonderen Sinn- und Wertstiftungen fundieren.“ (Bourdieu, P. 2014, S. 278)

Das Verständnis über die Grundlogik der Felder bei Luhmann und Bourdieu unterscheidet sich indes jeweils in seinen wesentlichen Annahmen. Während Luhmann in der systemtheoretischen Logik die Teilsysteme moderner Gesellschaften in einer deterministischen Form identifiziert, die

sich über spezialisierte binäre Codes wie beispielsweise im Teilsystem der Wirtschaft: „Haben/Nichthaben“, im Bereich der Wissenschaft über den Code: „wahr/unwahr“ herauskristallisieren, ist in der Grundlogik der Felder bei Bourdieu eine solche deterministische Struktur nicht gegeben (vgl. Schimank, U. 2005, S. 13). Im Unterschied zu Luhmann versteht Bourdieu unter der Grundlogik der Felder keine vorrangig deterministische Prägung, sondern er setzt voraus, dass die Akteure der jeweiligen Felder stets bemüht sind, um Macht und Positionen sowohl innerhalb eines Feldes als auch im Kontakt mit anderen Feldern zu kämpfen. Sie vollziehen dies in der Absicht, die jeweils bestimmenden Handlungslogiken und Wertsphären entweder zu erhalten oder zu verändern, da jedes Feld eine eigene Form der „*Illusio*“ in sich trägt, für die es sich lohnt einen entsprechenden Einsatz zu investieren. Die Kämpfe um das Monopol tragen so zum Glauben und zum Erhalt des Spiels, der „*Illusio*“ bei, ein Prozess, der gleichzeitig die Voraussetzung für das Funktionieren des Spiels bedeutet und seine Struktur beständig in Gang hält (vgl. Bourdieu, P. 2014, S. 360). Neben den Feldern der Politik, der Kultur und der Wissenschaft, um nur einige der Felder der gesamtgesellschaftlichen Struktur zu nennen, die mit ihren originären Aufgaben zur staatlichen Steuerung, kulturellen und wissenschaftlicher Entwicklung beitragen, ist das Feld des Gesundheitswesens als ein weiteres gesellschaftliches Teilsystem zu betrachten, das wiederum in weitere, ausdifferenzierte Teilbereiche gesundheitsbezogener Versorgung zu gliedern ist. Das Pflegefeld als soziales Feld ist ein solcher Teilbereich des Gesundheitsfeldes, das entsprechend nach seinen eigenen Regeln funktioniert. Wie in allen Teilsystemen stehen auch hier materielle und soziale Ressourcen bereit, die in ihrer eigenen Handlungslogik zur Anwendung kommen (vgl. Kap. 2.2.3).

Im Vergleich zu allen weiteren Feldern kommt in der Moderne im Rahmen der Feldkonzeption Bourdieus dem Feld der Ökonomie eine besondere Bedeutung zu, da es im gesellschaftlichen Kontext eine Grundlogik bereithält, die alle weiteren Teilsysteme wesentlich strukturiert. Hierin folgt die Konstitution der Ökonomie ihren eigenen Gesetzmäßigkeiten, denen des „Interessenkalküls“, der „Konkurrenz“, der „Ausbeutung“ und der reinen ökonomischen Theorie (vgl. Bourdieu, P. 2013, S. 30).

Indem die Feldlogik der Ökonomie die primären Interessen der Gewinnmaximierung verfolgt, werden soziale und kulturelle Interessen untergeordnet oder gar ausgeschlossen. Demnach liegt gerade in der Zurückweisung des primären Interesses, der Gewinnmaximierung, die Durchsetzung der wesentlichen Leitinteressen der jeweiligen Felder mit ihren „feldspezifischen Hintergrundüberzeugungen“ und „Wirklichkeitsannahmen“, wie beispielsweise die Felder im Bereich

der Kunst, des Journalismus und das des Gesundheitswesens (vgl. Schroeter, K. R. 2005, S. 87; vgl. Kap. 2.2.3).

3.3.2 Zur Verdrängung des Ökonomischen

Im Rahmen der feldspezifischen Auseinandersetzung mit den beiden Polen, dem wirtschaftlichen Pol einerseits und dem feldspezifischen Pol andererseits, setzt sich Bongaerts (2008) in seinen Analysen vertiefend auseinander. Er konstatiert, dass in der „Verdrängung des Ökonomischen“ aus den gesellschaftlichen Teilsystemen, die primär nicht als ökonomische Felder anzusehen sind, eine wesentliche Voraussetzung gesellschaftlicher Differenzierung stattfindet. Aufbauend auf den zentralen Konzepten des Habitus, der Kapitalformen³⁶ (vgl. Kap. 2.2.3) und des sozialen Raumes (Bourdieu) fokussiert er hierbei drei Varianten der Verdrängung des Ökonomischen, die in der modernen Gesellschaft zu beobachten sind. Es handelt es sich erstens um die Zurückweisung des materiell Ökonomischen innerhalb der kulturellen Felder, zweitens um eine Verdrängung der symbolischen Ökonomie in ihren Sinndeutungs- und Sinnsetzungsakten der Akteure der jeweiligen Felder sowie drittens um die Verdrängung der Möglichkeit der zugehörigen Position der Akteure des jeweiligen Feldes (vgl. Bongaerts, G. 2008, S. 344).

In der Auseinandersetzung mit der vorliegenden empirischen Analyse zur Ökonomisierung der vollstationären Langzeitpflege und deren Folgen für die Versorgungspraxis ist die erste Dimension der hier genannten Verdrängungsformen des Ökonomischen von Bedeutung. Sie steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Frage danach, inwiefern eine Zurückweisung wirtschaftlicher Eigeninteressen und Kalküle, so wie diese das ökonomische Feld – im Sinne der Gewinnmaximierung – dominieren, im Feld der Langzeitpflege erfolgt.

Während die traditionelle Entwicklung der Gesundheitsfelder und deren historische Hintergründe berufsethische Grundlagen und Maßstäbe sowohl im Bereich der Medizin als auch im

³⁶ Bourdieu entwickelte in seinen Arbeiten eine weitreichende Interpretation zu dem Begriff „Kapital“, indem er über die Definition des Begriffes zur Erzeugung materieller Güter hinausgeht und dem Kapitalbegriff so eine fundamentale Symbolkraft gesellschaftlicher Zuordnung beimisst, die auf alle Bereiche gesellschaftlichen Lebens übertragen werden kann. Bourdieu unterscheidet zwischen drei Kapitalsorten, die er in „Ökonomisches Kapital“, das sich vor allem aus Geld und Eigentum zusammensetzt, in „Soziales Kapital“, das vorwiegend aus der Konstellation sozialer Beziehungen besteht und in das „Kulturelle Kapital“, das sich durch die Aneignung von Wissen, Qualifikations- und Bildungsformen auszeichnet, einteilt. Im Rahmen dieser Interpretation können Individuum und Gesellschaft symbolischen Gewinn maximieren, indem das Kapital gemäß der ökonomischen Vernunft entsprechend angelegt wird. Die genannten Kapitalsorten bestimmen den Platz bzw. die Zuordnung des Individuums im „sozialen Raum“, der sowohl durch die sozialen Strukturen als auch die Positionen der Individuen innerhalb dieser Strukturen determiniert ist. Eine ungleiche Verteilung des „Kapitals“ führt sowohl zu Unterschieden in Macht und Stärke der Individuen, als auch zu unterschiedlicher Gewinnmaximierung (vgl. Abels 2009, S. 303 ff. und vgl. Kap. 2.2.3).

Feld der Pflege intendieren, kommt ihnen gleichzeitig eine implizite Haltung zu, die eine Unvereinbarkeit von wohlfahrtsdienlichen Leistungen mit der Intention einer Gewinnmaximierung zuschreibt. Die Berufsverbände der professionell Pflegenden sowie der Hippokratische Eid der Mediziner verweisen auf die jeweilige Handlungspraxis der Professionen, die an einer ärztlichen Ethik sowie an pflegeethischen Grundlagen orientiert sein sollen, in denen die Interessen der Kranken und Hilfsbedürftigen Vorrang haben vor den rein ökonomischen Interessen. Diese Hintergründe legen implizit eine Exklusion gewinnmaximierender Bestrebungen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung nahe. Dennoch sei an dieser Stelle hervorgehoben, dass auch die Auseinandersetzung mit der Frage nach der Autonomie des Pflegefeldes gegenüber der ökonomischen Logik – so wie alle anderen gesellschaftlichen Teilsysteme – Fragen nach einem vernünftigen Maß der Mittelbeschaffung, der Mittelverwendung und des Ressourceneinsatzes notwendig macht. Dies ist eine notwendige Perspektive, die aus ethischen Gesichtspunkten in der Mittelverwendung der Solidarbeiträge des Gesundheitswesens auf keinen Fall ausgeschlossen werden darf. Der Jurist und Sozialwissenschaftler Bernd Maelicke (2008) weist in diesem Zusammenhang auf den Unterschied zwischen den primären und sekundären Zielen von Non-Profit-Organisationen (NPO) des Sozialwesens und den gewinnerzielenden Wirtschaftsunternehmen (FPO) hin. Im Unterschied zu den primären Zielen der NPO sozialer Organisationen, die sich auf die Optimierung gemeinnütziger Zwecke beziehen, dienen die Ziele der Wirtschaftsunternehmen der Optimierung des wirtschaftlichen Ertrags. Im Bereich der sekundären Ziele hebt Maelicke das Bemühen der sozialen Organisationen um Kostendeckung, effizienten und sparsamen Mitteleinsatz sowie Wirtschaftlichkeit hervor. Gewinnorientierte Unternehmen hingegen verfolgen mit ihren sekundären Zielen eine mittel- und langfristige Vergrößerung des Marktanteils, die Position der Marktführerschaft sowie die Steigerung der Umsatzrentabilität (vgl. Maelicke, B. 2008, S. 928).

Soziale Organisationen sind zweifellos damit beauftragt gesellschaftliche Werte wie Gerechtigkeit und Menschenwürde umzusetzen, die eine Integration ethischer Perspektiven und eine Sensibilität für die sozialen Problemlagen einschließen. Sie benötigen neben der fachlichen und wirtschaftlichen Orientierung auch eine ethische Ausrichtung. Dennoch kommt der Bereich der sozialen Organisationen nicht umhin, ihre Einrichtungen wirtschaftlich zu führen und hierzu Instrumente der Betriebswirtschaftslehre in Anwendung zu bringen, da sie nicht dauerhaft entgegen einer betriebswirtschaftlichen Logik geführt werden können (vgl. Schneider, A. 2010, S. 300 ff.).

Bourdieu greift in diesem Zusammenhang auf ein Beispiel des literarischen Feldes zurück, indem er die Verhaltensweisen und Vorstellungen von Künstlern und Schriftstellern in ihrer Ambivalenz gegenüber dem Volk und der Bourgeoisie aufzeigt und führt hierzu den Machtbegriff an:

„Das Feld der Macht ist der Raum der Kräftebeziehungen zwischen Akteuren oder Institutionen, deren gemeinsame Eigenschaft darin besteht, über das Kapital zu verfügen, das dazu erforderlich ist, dominierende Positionen in den unterschiedlichen Feldern (insbesondere in den ökonomischen und den kulturellen) zu besetzen“ (Bourdieu, P. 2014, S. 241 f.).

In dieser Grundlegung wird deutlich, dass die feldinterne Zurückweisung einer materiellen Ökonomie an bestimmte Voraussetzungen gebunden ist, da sich die Akteure selbst in einem finanziellen Abhängigkeitsverhältnis befinden und ohne finanzielle Mittel als Gegenleistung nicht auskommen können. Weder Künstler noch Journalisten, weder Ärzte noch Pflegende werden sich ohne Auseinandersetzung mit diesen Hintergründen in ihren Berufen etablieren können (vgl. Slotala, L. 2011, S. 70). Der Prozess der Autonomisierung hängt demnach von den Positionen der Akteure im Feld ab und ist in Relation ihrer Beziehungen zueinander zu sehen. Generell zeigt sich dabei das Ausmaß der Autonomie eines Feldes in der Unabhängigkeit des Produzenten von der Nachfrage (vgl. Bourdieu, P. 2014, S. 344).

Die Frage danach, wann und inwiefern für die Akteure einzelner gesellschaftlicher Teilbereiche wie Professoren, Ärzte, Journalisten sowie die Akteure in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen die Kostenstrukturen für ihre Handlungspraxis relevant sind und welche Auswirkungen diese Relevanz auf die Betreuungs- und Versorgungsstrukturen der jeweiligen Teilbereiche haben, erläutern die Autoren Schimank/Volkman (2008). Ihr analytischer Bezugsrahmen verbindet die Theorie Luhmanns über die funktionale Differenzierung gesellschaftlicher Teilsysteme als selbstreferenzieller Systeme mit dem Konzept Bourdieus über die Konstitution der sozialen Felder. Sie gehen davon aus, dass in der Unterscheidung zwischen einem „weltlichen Pol“ und einem „autonomen Pol“ die Einflüsse ökonomischer Aspekte in unterschiedlichen Graduierungen auf die jeweilige Autonomie der Felder gesellschaftlicher Teilsysteme einwirken (vgl. Schimank, U., Volkman, U. 2008, S. 382). Je größer sich also die Autonomie eines Feldes erweist, umso stärker ist es in der Lage, äußere Anforderungen so aufzunehmen, dass sie in die eigene Feldstruktur integriert werden können. Das bedeutet aber auch, dass sich im umgekehrten Falle die Heteronomie eines Feldes darin zeigt, dass externe Anforderungen viel stärker in das Feld vordringen können, da sie aus Mangel an feldinternen Strukturen nicht ausreichend abgewehrt werden. Indes ist kein soziales Feld vollständig frei von Bedingungen, die durch gesell-

schaftspolitische Prozesse an sie heran getragen werden. Dennoch kann jedes soziale Feld als gesellschaftlicher Mikrokosmos durch eigene Regeln und Maßstäbe eine relative Autonomie erlangen (vgl. Schroeter, K. R. 2005, S. 87). Das Ausmaß der Autonomie ist demnach daran zu messen, wie stark externe Einflüsse und Anforderungen auf die spezifische Logik des Teilbereiches wirken und diese bestimmen. In seiner extremsten Form ist ein Zuwachs an Macht des weltlichen Pols dann erreicht, wenn die Akteure in ihrem Handeln von ökonomischen Anforderungen und ihren Marktgesetzmäßigkeiten abhängig gemacht werden (vgl. Bourdieu, P. 2014, S. 349).³⁷

2.4.3 Zu den Ökonomisierungsgraden

Der Einfluss der Ökonomisierung auf die unterschiedlichen gesellschaftlichen Teilsysteme kann als eine Entwicklung verstanden werden, die durch eine zunehmende Abhängigkeit der einzelnen Felder vom Wirtschaftssystem ausgeht. Die daraus resultierenden Konsequenzen können sich in einem zunehmenden Bedeutungsgewinn der wirtschaftlichen Handlungslogik für die einzelnen Teilsysteme abzeichnen, die bis hin zu einer vollständigen Übernahme der wirtschaftlichen Handlungslogik und im äußersten Falle zu einem Verlust der feldeigenen Autonomie mit ihren spezifischen Eigenschaften führt. Diesen letzteren Sachverhalt bezeichnet Bourdieu als „*Intrusion*“, indem die Logik eines Teilsystems in ein anderes gesellschaftliches Teilsystem „eindringt“ (vgl. Schimank, U., Volkmann, U. 2008, S. 383). In diesem Sinne begreift Bourdieu ein jeweiliges gesellschaftliches Teilsystem in einem Spannungsverhältnis zwischen einem autonomen und einem weltlichen Pol. Der autonome Pol drückt sich darin aus, dass die Akteure ihr „feldspezifisches Kapital“ erwerben, indem sie die „Selbstreferenzialität“ des jeweiligen Teilsystems aufrechterhalten, wie beispielsweise die „Wahrheit in der Wissenschaft“ und das „Schöne in der Kunst“. Hierdurch, so Bourdieu, sichern sich die Akteure „symbolisches Kapital“, das sie durch die Anerkennung „ihresgleichen“ erhalten. Der weltliche Pol des Teilsystems hingegen gelangt darin zum Ausdruck, dass die Akteure um die „Anerkennung der Menge“ streben, indem sie z. B. im Auftrag der Industrie forschen oder kommerzielle Unterhaltungskünste anbieten. Die Bereiche der teilsystemischen Herstellung und Bereitstellung von Leistungen unterscheiden sich darin,

³⁷ Ein Übergriff wirtschaftlicher Orientierungen in gesellschaftliche Teilbereiche geschieht über drei Formen des Zugriffs. Erstens über die zunehmende Ressourcenabhängigkeit anderer, übergreifender Teilsysteme von der Wirtschaft, die beispielsweise in direkter oder indirekter Form durch die Steuerpolitik beeinflusst werden, und deren Höhe von der wirtschaftlichen Gesamtsituation abhängig ist (Finanzierung durch Steuergelder variiert mit der wirtschaftlichen Lage). Zweitens, in Verbindung mit der wachsenden Bedeutung der Ressourcenabhängigkeit, die an einer effizienteren Allokation von Ressourcen gebunden ist. Drittens über einen unmittelbaren Einfluss der Wirtschaft, indem Ressourcenabhängigkeit sowie wirtschaftsbezogene Steuerungselemente auf den „binären Code“ eines jeweiligen Teilsystems einwirken und das Ethos der Akteure „infiziert“ wird. In diesem Falle wird der „teilsystemische Code“ dem wirtschaftlichen Code untergeordnet. Bourdieu verbindet mit diesem „Dreischritt“ die Strukturen des gegenwärtigen Neoliberalismus (vgl. Schimank, U., Volkmann, U. 2008, S. 385).

inwieweit die Akteure ihr Handeln einerseits nach dem binären Code ausrichten und somit der autonomen Logik folgen oder inwiefern andererseits das Handeln durch die systemfremde, ökonomische Logik geprägt ist (vgl. Bourdieu, P. 2014, S. 344 ff.). Mit dem Prozess der Ökonomisierung ist jedoch nicht zwangsläufig von einer „Überformung“ jeglicher gesellschaftlicher Teilbereiche auszugehen. Die Autoren Schimank/Volkman (2008) setzen vielmehr voraus, dass eine Balance zwischen dem weltlichen und dem autonomen Pol entscheidend ist, indem „[...] *die Selbstreferenzialität das Gesicht des Teilsystems bestimmt* [...]“, was nicht zwangsläufig damit verbunden ist, dass die autonome Leistungsproduktion eine größere Bedeutung für das jeweilige gesellschaftliche Teilsystem hätte (vgl. Schimank, U., Volkman, U. 2008, S. 384). Eine Einschätzung zur Situation des wirtschaftlichen und autonomen Pols im Bereich der jeweiligen Felder lässt sich den Autoren zufolge durch einen Test vollziehen, den sie wie folgt beschreiben:

„Sobald bspw. unter Journalisten und ihren Rezipienten die Einschätzung vorherrscht, dass es sich beim Journalismus in erster Linie um eine Branche des Wirtschaftssystems ähnlich der Stahl- oder Ernährungsindustrie und nicht mehr um etwas Eigenes handelt, drückt der autonome Pol dem betreffenden Teilsystem nicht länger seinen Stempel auf, und es ist zum Opfer einer ‚feindlichen Übernahme‘ durch die Wirtschaft geworden“ (Schimank, U., Volkman, U. 2008, S. 384).

In der Übertragung des Tests³⁸ auf die vorliegende empirische Analyse zur Ökonomisierung der vollstationären Langzeitpflege für die Versorgungspraxis ist der Frage nachzugehen, in welchem Maße die pflegerische Versorgung durch die eigenen, feldspezifischen Regeln bestimmt sind bzw. inwiefern die pflegerische Versorgungspraxis einem wirtschaftlichen Interesse untergeordnet ist, das die Akteure in ihrem gesundheitlichen Versorgungshandeln prägt. Hierzu sei auf die Autoren Schimank/Volkman (2008) zurückgegriffen, die aufbauend auf dem Spannungsfeld des autonomen und weltlichen Pols (Bourdieu) eine Differenzierung von fünf unterschiedlichen Graduierungen der Ökonomisierung innerhalb eines Teilsystems einführen, die für die Akteure als Handlungsmotive und als Handlungsorientierungen von Relevanz sind. Entlang der ökonomischen Logik des Bestrebens nach Gewinnmaximierung und einer entsprechenden Verlustvermeidung lassen sich innerhalb dieser erweiterten Differenzierung unterschiedliche Ökonomisierungsgrade erkennen, die weder als ein dichotomer Prozess (Ökonomisierung versus Nicht-Ökonomisierung) noch als Ausdruck von Ökonomisierung im Sinne einer reinen „Mittel-Zweck-Verkehrung“ (Kühn 2004) zu verstehen sind. Durch die Skalierung der fünf Grade der Ökono-

³⁸ Slotala (2011) greift in seiner Studie eine ähnliche Fragestellung zu den wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen auf die Versorgungspraxis der ambulanten Pflegedienste auf, auf die bereits in der Einleitung der vorliegenden Arbeit hingewiesen wurde (vgl. Kap. 1).

misierung wird vor allem ersichtlich, wie die wirtschaftliche Logik systematisch in die bisher autonomen Teilsysteme eingreift, ohne jedoch zwingend zu einem Autonomieverlust der jeweiligen feldspezifischen Logik zu führen. Mit den unterschiedlichen Differenzierungsgraden, die zwischen der ökonomischen Handlungslogik von Gewinnmaximierung und Verlustvermeidung einzuordnen sind, sind unterschiedliche Konsequenzen für die Handlungslogik der Akteure in den jeweiligen Feldern verbunden, welche die jeweilige Systemautonomie beeinträchtigen.


| | | |
|----------------|--|--|
| Stufe 1 | Überhaupt kein Kostenbewusstsein bei den Akteuren; Zahlungsfähigkeit ist problemlos gegeben; Akteure können völlig autonom handeln | Autonomer Pol  weltlicher Pol |
| Stufe 2 | Verlustvermeidung als „Soll-Erwartung“ an die Akteure; ansonsten handeln die Akteure autonom | |
| Stufe 3 | Verlustvermeidung als „Muss-Erwartung“ an die Akteure; Autonomie der Akteure wird in Teilen beschnitten (bspw. in Form von Rationierung) | |
| Stufe 4 | Verlustvermeidung als „Muss-Erwartung“ kombiniert mit Gewinnzielen als „Soll-Erwartung“; Akteure sollen ihr Handeln an der Marktängigkeit anpassen | |
| Stufe 5 | Gewinnerzielung als einziges Ziel des Teilsystems | |

Tabelle 1: Die fünf Grade der Ökonomisierung nach Schimank/Volkman (2008)

Quelle: eigene Darstellung modifiziert durch Slotala, L. (vgl. Slotala, L. 2011, S. 73), Stand (2011)

Die Skalierung der hier genannten Ökonomisierungsgrade kann als ein „konstitutives Element“ moderner Gesellschaften betrachtet werden, das die Entwicklung der Ökonomisierungsprozesse aller gesellschaftlichen Teilbereiche betrifft. Die Stufe eins des Prozesses der Ökonomisierung, die mit dem autonomen Pol der Graduierung in Verbindung steht, ist demnach kein wesentlicher Bestandteil der teilsystemischen Programmstrukturen. Hier kann alles, was an monetären Mitteln im Bereich der Kunst, der Wissenschaft oder der Medizin zur weiteren Entwicklung wünschenswert und nötig ist, unter gewissen Vorbedingungen demnach auf irgendeine Weise beschafft werden. Im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens ist diese Situation zu übertragen auf eine Zeit, in der von den Akteuren der sozialen Arbeit üblicherweise kein bewusster Umgang mit Kosten und Kostenvergleichen vorausgesetzt worden ist (vgl. Schimank, U., Volkman, U. 2008,

S. 385 f.). Das, was in den Stufen zwei und drei beschrieben wird, steht mit dem Wandel der Steuerungsprozesse bislang staatlich unterstützter Organisationen im Bereich der Bildung, Kultur und des Gesundheitswesens in enger Verbindung, die zunehmend vollständig oder in Teilbereichen (Public-private-Partnership)³⁹ überführt werden. Mit diesem Transformationsprozess vollzieht sich ein Wandel dieser gesellschaftlichen Teilsysteme, der durch den verstärkten Aufbau marktorientierter Strukturen einen verstärkten Kostendruck und wachsende Konkurrenz erzeugt, um Effektivität und Effizienz der Systeme zu gewährleisten (vgl. Bode et al. 2015, S. 113). Symptomatisch für die Entwicklung beispielsweise in der Stufe zwei im Gesundheitswesen ist die Wahl zwischen zwei Möglichkeiten der gesundheitlichen Behandlung, die unter medizinischen Gesichtspunkten gleichermaßen effektiv sind. Für die Akteure bedeutet dies, dass sie in ihrer Handlungsorientierung der Stufe zwei entsprechend die Wahl für die kostengünstigere Variante treffen und diese umsetzen. Analog der Stufe zwei bedeutet dies konkret für die Stufe drei, wirtschaftliche Verluste soweit möglich zu minimieren, indem das medizinisch Notwendige aus Kostengründen unterbleibt (vgl. Schimank, U., Volkmann, U. 2008, S. 386). In vollständig privatisierten Unternehmensstrukturen des Gesundheitswesens, wie beispielsweise in den Krankenhäusern, Pflegediensten, privaten vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen, wird von einem Ökonomisierungsgrad der Stufe vier und fünf ausgegangen, wenn zu dem Ziel der Verlustminimierung ergänzend die Eigeninteressen der Unternehmer an Kapitalerträgen zu berücksichtigen sind. In Unternehmen, die zunehmend auf den Einfluss von Shareholdern (Aktionären) in der Unternehmenspolitik angewiesen sind, ist von dem höchsten Grad der Ökonomisierung auszugehen, in der ein kurzfristiger Erfolg zur Steigerung der Eigenkapitalrendite im Vordergrund der Handlungsorientierung der Akteure steht (vgl. Slotala, L. 2011, S. 73). Diese Stufe fünf, die am weltlichen Pol der Skala verortet ist, ist dann erreicht, wenn es bei der Leistungserbringung nur noch darum geht, dass ohne Rücksicht auf den Code so viel wie möglich an Gewinn zu maximieren ist. Unter diesen Anforderungen ist eine teilsystemische Autonomie nicht mehr gegeben und es tritt ein Effekt auf, der zulasten der Seriösität der Felder geht wie beispielsweise das der Medizin oder das der Wissenschaft (vgl. Schimank, U., Volkmann, U. 2008, S. 386 ff.).

Zur genauen Erfassung der Effekte, die durch die Veränderungen der Ökonomisierung herbeigeführt werden, empfehlen die Autoren einen Blick auf die Mikroebene, der die jeweiligen

³⁹ Public private Partnership (PPP) werden zunehmend als Formen der Zusammenarbeit zwischen Einheiten von Staat und Privatwirtschaft, von öffentlichen Körperschaften, Privatunternehmen und/oder Nonprofit-Organisationen gewählt mit dem Ziel der Arbeitsteilung. Hierbei übernimmt der private Partner die Verantwortung zur effizienten Leistungserstellung. Die öffentliche Hand trägt dafür Sorge, dass die gemeinwohlorientierten Ziele beachtet werden (vgl. Gabler Wirtschaftslexikon, Stand: 2015).

Handlungsstrukturen der Akteure, der Pflegenden sowie der Pflegebedürftigen präziser fokussiert. Hierzu greifen die Autoren Schimank/Volkman (2008) zunächst auf, dass die Ökonomisierung sich nachhaltig in der Leistungsproduktion niederschlägt, die durch die Verknappung von Ressourcen zu allgemeinen Veränderungen in den Handlungsmustern der Akteure führt und damit die Handlungsergebnisse beeinflusst. So delegieren beispielsweise Ärzte in Krankenhäusern bestimmte Tätigkeiten an das Pflegepersonal, um Kosten einzusparen. In der Betrachtung der „tatsächlichen Effekte“, die durch die Ökonomisierung entstehen, ist davon auszugehen, dass durch ein verschärftes Konkurrenzverhalten und ein entsprechendes Kostenbewusstsein die individuellen und organisatorischen Leistungsproduzenten dazu bewegt werden, die Qualität der Leistungen zu steigern und eine innovative Haltung gegenüber den Leistungsnehmern einzunehmen. Darüber hinaus entwickeln die Akteure insgesamt ein stärkeres Kostenbewusstsein, das an sich schon zu einer Zunahme der Effizienz der Leistungsproduktion führt (vgl. Schimank, U., Volkman, U. 2008, S. 388 ff.). Dennoch liegt über das tatsächliche Ausmaß der Entwicklung der Ökonomisierung keine verlässliche Datenlage vor, sodass empirische Ergebnisse zur Bewertung der Situation als unzureichend zu betrachten sind. Darüber hinaus, so die kritische Haltung der Autoren, sollte bis zum Beweis des Gegenteils der im Rahmen der Kritik der Ökonomisierung vorgenannte Nutzen hervorgehoben werden. Denn der Kostendruck als Effekt der Ökonomisierung könne, so die Autoren, durchaus zu innovativen und kreativen Impulsen sowie zur Verbesserung bestehender Leistungs- und Versorgungsstrukturen führen, die zu einer allgemeinen Optimierung der Ablauforganisation beitragen. Die Autoren weisen aber auch auf die gegenteilige Perspektive hin, die auf dysfunktionale Effekte der Ökonomisierung aufmerksam macht. Diese Effekte manifestieren sich beispielsweise in aufwendigen Kosten zur Reorganisation der Teilsysteme sowie in der Wirkung des Konkurrenzdrucks, der so groß werden kann, dass mittelmäßige Leistungsanbieter ihre Angebote einstellen müssen. Die Autoren weisen auch auf einen möglichen Verlust von Effektivitäten hin, der dadurch entsteht, dass Leistung u. a. durch ein starkes persönliches Engagement der Akteure zustande kommt, die ihre Motivation durch die Identifikation mit ihren Aufgaben in Verbindung bringen, und die einen Einbruch dieser Identifikation erleben, wenn sie spüren, dass ihre intrinsische Motivation zugunsten der Kostenersparnis missbraucht wird (vgl. Schimank, U., Volkman, U. 2008, S. 389 ff.). Darüber hinaus kann die Qualität der Leistungen durch die Ökonomisierungseffekte sinken, wenn beispielsweise in den Gesundheitsberufen schlechter qualifiziertes Personal eingestellt wird und dies zur Folge hat, dass sich Komplikationen in der Versorgung erhöhen und/oder dieser Effekt einen Anstieg der Sterberate nach sich zieht (ebd.). Dennoch, so fassen die Autoren zusammen, sei unter einer differenzierungstheoretischen Betrachtung deutlich, dass die modernen Gesellschaften mit ihren

durchaus durchsetzungsfähigen Gesellschaftsmitgliedern grundsätzlich dazu bereit und in der Lage sind, dafür zu sorgen, dass ihre je spezifische Wertsphäre sich innerhalb der Bereiche Religion, Wissenschaft und des Gesundheitswesens in der Gesellschaft behaupten könne, ohne dass die wirtschaftlichen Interessen von vornherein dominant zur Geltung kommen. Hierauf hat Bourdieu bereits in seiner Hervorhebung der Bedeutung der autonomen Felder immer wieder auch hingewiesen, indem er auf die Bedrohung der Autonomie durch die kapitalistische Wirtschaft aufmerksam gemacht hat (vgl. Schimank, U., Volkmann, U. 2008, S. 392).

Im nachfolgenden Kapitel (vgl. Kap. 2.4.4) erfolgt eine Hinführung zu den forschungsleitenden Fragestellungen. Hierbei soll unter Rekurs auf den theoretischen Rahmen der Studie und die darin wesentlichen Konzepte sowohl in ihren theoretischen als auch in ihren empirischen Aspekten Bezug genommen werden. Die verbundenen Analysen, Zusammenhänge und Befunde zur Theorie und Praxis pflegerischer Werthorizonte (vgl. Kap. 2.1) zu den allgemeinen Rahmenbedingungen der vollstationären Langzeitpflege in Deutschland (vgl. Kap. 2. 2) sowie zu der Analyse der Ökonomisierung der Pflege durch Michael Foucault (vgl. Kap. 2.3) und das Feldkonzept Pierre Bourdieus (vgl. Kap. 2.4) sollen für den weiteren Fortgang der Untersuchung als Implikationen zugrunde gelegt werden.

2.4.4 Hinführung zur forschungsleitenden Fragestellung

Mit dem fortschreitenden Prozess der Ökonomisierung im Gesundheitswesen zeichnen sich erhebliche Veränderungen ab, die durch eine zunehmende marktwirtschaftliche Steuerung geprägt sind und das deutsche Gesundheitssystem im Rahmen einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung vor große Herausforderungen stellen. Die Verteilung von Gütern und Dienstleistungen erfolgt in zunehmendem Maße nach Kriterien marktwirtschaftlicher Logik, die sich seit der Einführung der Pflegeversicherung in den 1990er-Jahren in einer Limitierung öffentlicher Finanzierung im Bereich der pflegerischen Versorgung manifestiert. Einige Diskussionen im Rahmen der Versorgungsforschung legen Vermutungen nahe, dass sich der Transformationsprozess wohlfahrtsstaatlicher Versorgungsprinzipien seit den 1990er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts in einer Weise weiterentwickelt hat, dass die Prinzipien der Marktlogik einen immer stärkeren Einfluss auf den Versorgungszugang ausüben. Diese Entwicklung impliziert die These, dass die Bedingungen und Beschränkungen der angebotenen Gesundheitsleistungen die Versorgungsbereiche und das Handeln der professionell Agierenden beeinflussen (vgl. Bode et al. 2015; Simon 2009). Zahlreiche Studien belegen, dass negative Folgen für die Patienten in ihrem Erleben von Krankheit sowie für die Arbeitsorganisation der Pflegenden und Ärzte im stationären wie ambu-

lanten Sektor hiermit verbunden sind (vgl. Manzei, A., Schmiede, R. 2014, S. 12). Des Weiteren legen Untersuchungen, Diskussionen und Interpretationsansätze im Rahmen der Qualitätsdebatte in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege nahe, dass durch den Prozess der Ökonomisierung in der Pflege die grundlegende Verbindung zwischen den Fachdisziplinen Pflege, Ökonomie und Ethik verlorenzugehen droht (MDS 2012; Friesacher 2008; Roth 2007; Manzeschke 2007; Käppeli 2006; BMFSFJ 2006,).

Da im Bereich dieser Auseinandersetzungen keine empirischen Untersuchungen vorliegen, die sich mit der Frage beschäftigen, ob und in welchem Maße eine zunehmende marktorientierte Steuerungslogik den Versorgungsbereich der vollstationären Pflege beeinflusst und welche Herausforderungen sich für die Versorgungsstrukturen, das Versorgungshandeln sowie für die Wertsphäre der leitenden Mitarbeitenden in Management und Pflege in den Einrichtungen hieraus ergeben, soll in der vorliegenden Studie diesen Fragen nachgegangen werden.

Daher erörtert die vorliegende Arbeit, (1) in welchem Maße die betriebswirtschaftliche Logik in der alltäglichen praktischen Versorgung der vollstationären Langzeitpflege sichtbar wird. Die Untersuchung beschäftigt sich ferner mit der Frage, (2) wie sich die Logik des Marktes, verbunden mit den impliziten Ansprüchen und Forderungen an das traditionelle Berufsverständnis, auf die Werthaltungen und das Ethos der Pflegenden sowie des Managements auswirkt und (3) welche Konsequenzen sich für das Feld der Pflege, die Versorgungsstrukturen der Einrichtungen sowie für die Handlungsorientierungen der Akteure in ihren alltäglichen Versorgungsentscheidungen demzufolge ergeben. Die Untersuchung greift mit diesen Fragestellungen ein Forschungsdesiderat in Bezug auf das Ausmaß der Ökonomisierung sowie ihre Folgen auf die pflegerische Handlungsebene in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege auf. Die Untersuchung bemüht sich hiermit insgesamt um einen Erkenntnisgewinn bezüglich des Einflusses der Ökonomisierung auf die Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege und deren Folgen. Fragen zu einer möglichen Vernachlässigung ethisch fundierter Werthaltungen in den Einrichtungen, die eine weitreichende Bedeutung für die Organisations- und Pflegekultur der Einrichtungen aufweisen, sind im Rahmen der vorliegenden Untersuchung von besonderer Bedeutung, da hieraus mögliche innovative Perspektiven abgeleitet werden können.

Zusammenfassung/Resümee

Für den weiteren Fortgang der Untersuchung, insbesondere für den nachfolgenden empirischen Teil der Arbeit (vgl. Kap. 3, 4, 5) kann konstatiert werden, dass sich der Vorgang der Ökonomisierung ebenfalls in den Einrichtungen des Gesundheitswesens in unterschiedlichen Intensitätsgraden zeigen kann und damit verbunden zu unterschiedlichen Konsequenzen in den jeweiligen Handlungsbereichen führt. Hierbei gehen die Autoren Schimank/Volkmann (2008) grundsätzlich davon aus, dass sich die Ökonomisierung funktional positiv auf die Aufgabenerfüllung auswirkt und eine Steigerung von Effektivitäts- und Effizienzgraden in den betroffenen Bereichen erzielt wird. Ungeachtet dieser positiv zu bewertenden Effekte weisen die Autoren auch auf dysfunktionale Auswirkungen der Ökonomisierung hin, die von der Leistungsrationierung und Qualitätsminderung bis hin zum Marktversagen reichen können.

Werden die Folgen der neoliberalen Gesellschaftsstrukturen für das Feld der Pflege als gesellschaftliches Teilsystem untersucht, ist unter Rekurs auf das Feldkonzept Pierre Bourdieus zunächst der generellen Frage nach dem Ausmaß der Durchdringung ökonomischer Prozesse auf das gesellschaftliche Teilsysteme nachzugehen.

Unter der Grundlogik der Felder versteht Bourdieu im Gegensatz zu Luhmann keine vorrangig deterministische Prägung, sondern er setzt voraus, dass die Akteure der jeweiligen Felder stets bereits sind, um Macht, Positionen und Anerkennung zu kämpfen, indem sie die jeweils bestimmenden Handlungslogiken und Wertsphären entweder zu erhalten oder zu verändern suchen. Sie vollziehen dies unter einem Vorwand, da jedes Feld eine eigene Form der „*Illusio*“ in sich trägt. Dieser Prozess bedeutet gleichzeitig die Voraussetzung für das Funktionieren des Spiels und hält so die innere Struktur kontinuierlich in Gang.

In der Moderne kommt im Rahmen der Feldkonzeption Bourdieus dem Feld der Ökonomie eine besondere Bedeutung zu, da es sich durch eine spezifische Grundlogik von den anderen Feldern unterscheidet und alle weiteren Teilsysteme maßgeblich strukturiert. Indem die Feldlogik der Ökonomie die primären Interessen der Gewinnmaximierung verfolgt, werden soziale und kulturelle Interessen untergeordnet oder gar ausgeschlossen.

In der Unterscheidung zwischen einem „weltlichen Pol“ und einem „autonomen Pol“ können die Einflüsse ökonomischer Aspekte den Autoren Schimank/Volkmann (2008) zufolge in ihren unterschiedlichen Graduierungen auf die jeweilige Autonomie der Felder gesellschaftlicher Teilsysteme eingeschätzt werden. Hierin zeigt sich, dass, je größer sich die Autonomie eines Feldes erweist, umso stärker kann es äußere Anforderungen so aufnehmen, dass sie in die eigene

Feldstruktur integriert werden können. Dies ist gleichbedeutend damit, dass die Heteronomie eines Feldes darin zum Ausdruck kommt, indem externe Anforderungen sehr viel stärker in das Feld vordringen können, da sie aus Mangel an feldinternen Strukturen nicht ausreichend abgewehrt werden können. In diesem Sinne begreift Bourdieu den autonomen Pol damit, dass die Akteure ihr „feldspezifisches Kapital“ erwerben, indem sie die „Selbstreferenzialität“ des jeweiligen Teilsystems dadurch aufrechterhalten, dass die Akteure ihr Handeln nach dem binären Code (Pflege in der vollstationären Langzeitpflege) ausrichten und somit der autonomen Logik folgen. Hierdurch sichern sich die Akteure „symbolisches Kapital“, das sie durch die Anerkennung „ihresgleichen“ erhalten. Im Gegensatz dazu ist der weltliche Pol des Teilsystems dadurch bestimmt, dass die Akteure um die „Anerkennung der Menge“ streben, indem ihr Handeln durch fremde Systemlogiken geprägt ist. Auch wenn kein Feld gänzlich unabhängig von der Kooperation mit benachbarten Feldern auskommt, so ist Bourdieu zufolge jedes soziale Feld als gesellschaftlicher Mikrokosmos in der Lage, durch eigene Regeln und Maßstäbe eine relative Autonomie zu erlangen. Das Ausmaß der Autonomie ist demnach daran zu messen, wie stark externe Einflüsse und Anforderungen auf die spezifische Logik des Teilbereiches wirken und diese bestimmen.

Mithilfe der fünf Skalierungsgrade zur Differenzierung der Ökonomisierung der Autoren Schimank/Volkman (2008) wird ersichtlich, wie die wirtschaftliche Logik systematisch in die bisher autonomen Teilsysteme eingreift, ohne jedoch zwingend zu einem Autonomieverlust der jeweiligen feldspezifischen Logik zu führen. Durch diese Differenzierung besteht die Möglichkeit einer Einschätzung, inwieweit sich die wesentlichen Leitinteressen des Gesundheitswesens bzw. der vollstationären Langzeitpflege in ihren feldspezifischen Grundannahmen und Überzeugungen gegen die Ökonomisierungsbestrebungen durchsetzen können.

Diskussionen im Rahmen der Versorgungsforschung legen Vermutungen nahe, dass sich die Versorgungsprinzipien seit den 1990er-Jahren in einer Weise weiterentwickelt haben, dass die Aspekte der Marktlogik einen immer stärkeren Einfluss auf den Versorgungszugang ausüben. Diese Vermutung impliziert die These, dass die Bedingungen und Beschränkungen der angebotenen Gesundheitsleistungen die Versorgungsbereiche und das Handeln der professionell Agierenden maßgeblich beeinflussen. Da in diesem Bereich jedoch empirische Untersuchungen fehlen, stellt sich die Frage, inwiefern eine zunehmende marktorientierte Steuerungslogik den Versorgungsbereich der vollstationären Pflege tatsächlich beeinflusst und welche Herausforderungen sich für die leitenden Mitarbeitenden in Management und Pflege in den Einrichtungen demgemäß ergeben.

In der Auseinandersetzung mit der vorliegenden empirischen Analyse zur Ökonomisierung der vollstationären Langzeitpflege und deren Folgen für die Versorgungspraxis soll somit diesen forschungsleitenden Fragen nachgegangen werden:

1. In welchem Maße wird die betriebswirtschaftliche Logik in der alltäglichen praktischen Versorgung der vollstationären Langzeitpflege sichtbar?
2. Wie wirkt sich die Logik des Marktes, verbunden mit den impliziten Ansprüchen und Forderungen an das traditionelle Berufsverständnis, auf die Werthaltungen und das Ethos der Pflegenden sowie des Managements aus?
3. Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus für das Feld der Pflege, die Versorgungsstrukturen in den Einrichtungen und für die Akteure in ihren Handlungsorientierungen ihrer alltäglichen Versorgungentscheidungen?

Fragen zu einer möglichen Vernachlässigung ethisch fundierter Werthaltungen in den Einrichtungen, die eine weitreichende Bedeutung für die Organisations- und Pflegekultur der Einrichtungen aufweisen, sind im Rahmen der vorliegenden Untersuchung von hoher Relevanz, da hieraus mögliche, innovative Perspektiven abgeleitet werden können.

Das folgende Kap. 3 widmet sich dem empirischen Teil der Untersuchung, dem die forschungsleitenden Fragen zugrunde gelegt werden. Diese werden durch eine geeignete Methodologie zunächst in ein Forschungsdesign überführt und anschließend als wissenschaftliche Fragestellung in die Forschungspraxis transferiert (vgl. Kap 4).

3 Methodologie und methodisches Vorgehen

Der zweite Hauptabschnitt der Dissertation ist dem empirischen Teil und dem methodologischen Zugang der Forschungsarbeit gewidmet. Hierzu wurde – ausgehend von der These des ökonomischen Strukturwandels im Bereich der gesundheitlichen Versorgung – ein Forschungsdesign gewählt, das zu einer induktiven Datenerhebung beiträgt.

Im Vordergrund der Untersuchung stehen Fragen zu dem Ausmaß ökonomischer Veränderungen und deren Konsequenzen für das Feld der Langzeitpflege. Hierbei werden die Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen und das Versorgungshandeln sowie auf die Werthaltungen und das Ethos der Akteure fokussiert. Zur Auswertung dieser empirisch bisher kaum erforschten ökonomischen Situation und deren Folgen für das Pflegemanagement und die Pflegenden in der Praxis der vollstationären Langzeitpflege wird auf die von Bohnsack entwickelte dokumentarische Methode von Analysezugängen zurückgegriffen. Nach der Einführung in das Forschungsdesign und in die Begründung der Methode (vgl. Kap. 3.1) wird zunächst auf die Methodologie (vgl. Kap. 3.2) der dokumentarischen Methode und die dokumentarische Interpretation von Interviews eingegangen (vgl. Kap. 3.2.2). Im Anschluss daran folgt eine Einführung in das methodische Vorgehen der empirischen Untersuchung sowie in die Begründung der Auswahl des Samples der Untersuchung (vgl. Kap. 3.3).

3.1 Forschungsdesign und Begründung des methodischen Vorgehens

Einführung

In der vorliegenden Studie soll eruiert werden, in welchem Ausmaß die Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege von ökonomischen Anforderungen betroffen sind und mit welchen Konsequenzen dies für das Feld der Pflege, die pflegerische Versorgung und die handlungsleitenden Orientierungen der Akteure einhergeht.⁴⁰

Ziel

Im Vordergrund der Studie steht das Ziel einer differenzierten Analyse zu dem Umfang und den Folgen des marktwirtschaftlich orientierten Umbaus und die damit einhergehenden strukturellen Veränderungen für die Einrichtungen der stationären Langzeitpflege sowie die dort tätigen Berufsgruppen im Bereich des Managements und der Pflege. Von besonderem Interesse sind in

⁴⁰ Studien in diesem Bereich liegen mit der bereits erwähnten Studie Slotals zur Ökonomisierung der ambulanten Pflege aus dem Jahre 2011 und einer dieser Studie vorangegangenen Untersuchung zu den Folgen der Ökonomisierung für die Pflege im Bereich des Krankenhauses vor (vgl. Slotala, L. 2011).

diesem Zusammenhang Fragen nach dem Ausmaß und den Folgen der Ökonomisierung für das Feld der Pflege, auf die Werthaltungen und das Ethos der Akteure sowie auf die Qualität der professionellen pflegerischen Versorgung. Mit dem Ziel der Rekonstruktion der Erfahrungen des Pflegemanagements in den Einrichtungen soll über die Rekonstruktion des handlungsleitenden Wissens der Akteure ein verstehender Zugang der Handlungspraxis erreicht und eine damit verbundene Entwicklung von Perspektiven einer möglichen Einflussnahme entwickelt werden (vgl. Bohnsack, R. 2007, S. 321).

Auswahl der Methode des qualitativen Forschungsdesigns

Aufgrund einer lückenhaften Datenlage wird zur Erhebung der empirischen Daten eine möglichst offene Form der Datenerhebung aus dem Methodenbereich der qualitativen Sozialforschung gewählt. Bei der ausgewählten Untersuchungsmethode handelt es sich um ein interpretatives Paradigma, das im Gegensatz zur normativ deduktiven Theorietradition die Sichtweisen der Individuen in den Vordergrund stellt, um deren Konstruktion der gesellschaftlichen Wirklichkeit zu erfassen. Die ausgewählte Methode eignet sich für die Untersuchung hervorragend, da sie dem Anspruch gerecht wird, die Lebenswelten aus der „Sicht der handelnden Menschen“ zu beschreiben (vgl. Flick, U. 2006, S. 216). Gemäß dem Prinzip der Offenheit der Methode soll in dieser Untersuchung auf eine explizite Hypothesenbildung verzichtet werden, um den empirischen Erkenntnisgewinn nicht durch ein apriorisches Kategoriensystem zu begrenzen (vgl. Witzel, A. 1985, S. 227 f.). Dieses offene Vorgehen der Datenerhebung erlaubt einen Zugang zu den sozialen Phänomenen, der durch die Perspektive der Betroffenen geprägt ist und somit ein wesentlich deutlicheres Bild der gesamten Situation skizziert, als dies mit einer standardisierten Frage erreicht werden könnte (vgl. Flick, U. et al. 2008, S. 17). Für diese Form der Datenerhebung eignet sich grundsätzlich ein offenes Interviewverfahren, das innerhalb der qualitativen Sozialforschung in unterschiedlichen Formen angeboten wird. Zu diesen Interviewverfahren gehören nach Nohl (2012), das „thematische“, „problemzentrierte“, „biographische“ und „fokussierte“ Interview, das „Experteninterview“ sowie das „Tiefen-“ und „Leitfadeninterview“. Auch wenn sich diese Interviewformen nicht durchgängig eindeutig voneinander unterscheiden, so fördern sie jedoch alle die Offenheit der Kommunikation während des Interviews – im Gegensatz zu den standardisierten Interviews der statistisch orientierten Sozialforschung, die vor allem der Hypothesenüberprüfung dienen (vgl. Nohl, A.-M. et al. 2012, S. 13).

Auswahl der Interviewpartner

Um die Hintergründe der gesellschaftlichen Problemstellung wachsender Ökonomisierungstendenzen in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege zu ermitteln, wird in der vorliegenden Untersuchung auf die Praxis der verantwortlichen Pflegedirektoren/Heim- und Pflegedienstleitungen sowie deren Vertretungen in Einrichtungen von Altenhilfeträgern in der Bundesrepublik zurückgegriffen. Es wird davon ausgegangen, dass die ausgewählte Zielgruppe aufgrund ihrer beruflichen Sozialisation sowohl mit den Leitungsaufgaben der Prozesssteuerung als auch mit der praktischen Pflege vertraut ist und somit von der in dieser empirischen Forschungsarbeit zugrunde liegenden Problemsituation und deren Zusammenhängen betroffen ist. Durch die vorgenannte Auswahl der Untersuchungsgruppe soll eine möglichst breite Rekonstruktion der noch wenig erforschten ökonomischen Situation vollstationärer Pflegeeinrichtungen und ihrer Konsequenzen für die alltägliche Versorgungspraxis erreicht werden.

Auswahl der Interviewform

Vor dem Hintergrund des Forschungsgegenstandes ist das problemzentrierte Interview nach Witzel ein geeignetes Verfahren der Datenerhebung, da es in seiner narrativen Form die Erfahrungen, Wahrnehmungen und Reflexionen der Interviewpartner zu einem ganz bestimmten gesellschaftlichen Problem in den Mittelpunkt stellt. Die gewählte Interviewform zeichnet sich besonders dadurch aus, dass, obwohl der Untersuchung ein theoretisches Vorverständnis vorangeht, die Befragten durch themenspezifische und erzählgenerierende Anreize der Freiraum eingeräumt wird, ihre eigenen Erzählungen unbeeinflusst zu explizieren (vgl. Witzel, A. 2000).

Auswertung der Daten

Die Auswertung der Interviews erfolgt anhand der dokumentarischen Methode nach Bohnsack. Die Grundzüge dieser Methode bieten die Möglichkeit, Erfahrungen und Orientierungen der Menschen aus ihrer Handlungspraxis durch den Einsatz von narrativen, erzählgenerierenden Interviews zu artikulieren, die anschließend durch den Forschenden rekonstruiert werden (vgl. Nohl A. M. et al. 2012, S. 1 f.). Erkenntnisse, die zum Gegenstand der vorliegenden Untersuchung in dieser Weise gewonnen werden, sollen Hinweise darauf geben, wie und durch welche Beweggründe die Zielgruppe der verantwortlichen Akteure in der Versorgungspraxis der vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen handeln. Die dokumentarische Methode erlaubt mithilfe ihres Interpretationsverfahrens sehr viel tiefer liegende Begründungen und sozial geprägte Handlungsmuster zu evozieren, die einen Einblick in gesellschaftliche Strukturen und Zusammenhänge

ermöglichen, die das damit verbundene individuelle und kollektive Handeln der Akteure im Feld bestimmen (vgl. Kleemann et al. 2013, S. 155).

3.2 Zur Methodologie der dokumentarischen Methode

Zu den einschlägigen Methoden, Verfahren und Instrumenten der Datengewinnung und der Datenauswertung in der qualitativen Pflegeforschung dient die dokumentarische Methode von Ralf Bohnsack, da sie durch ihre philosophischen und soziologischen Ansätze einen wesentlichen Beitrag im Rahmen der Pflegewissenschaft leisten kann.

Durch die Erkenntnisse, die mit der dokumentarischen Methode gewonnen werden, lassen sich Rückschlüsse darüber ziehen, wie und warum Angehörige bestimmter sozialer Gruppen in gesellschaftlichen Kontexten agieren. Es lassen sich über ihre subjektiv angeführten Begründungen hinaus tiefer liegende Anhaltspunkte gewinnen, die ein Einsehen in das Handeln der Akteure unter gesellschaftlichen Strukturen und Gegebenheiten ermöglichen. Vor dem Hintergrund des interpretativen Paradigmas und der damit verbundenen Relevanz der dokumentarischen Methode soll im Folgenden auf die empirisch elaborierte Methode von Analysezugängen eingegangen und ihr methodologischer Gehalt für die vorliegende Studie erörtert werden.

Zur empirischen Analyse der Ökonomisierung vollstationärer Langzeitpflege und ihren Folgen für die Praxis der Versorgung sollen unter Anwendung der dokumentarischen Methode die handlungsleitenden Orientierungen der Akteure betrachtet werden. Hierbei geht es vor allem um die Beleuchtung möglicher Beeinträchtigungen der Ökonomisierung auf die unmittelbare Gestaltung der Handlungspraxis der Pflegenden sowie auf das berufliche Wertverständnis und das Ethos der Akteure. Von zentraler Bedeutung ist der empirische Zugang zu den Werthorizonten, da die Werthaltungen der Interviewten auf der Ebene des stillschweigenden, atheoretischen Wissens angelegt sind und für die Orientierung der Handlungspraxis der Akteure eine besondere Relevanz haben (vgl. Kap. 2.1.3). Der empirische Zugang zu diesen Werthaltungen ist auch in der vorliegenden Untersuchung ein zentrales Element des Forschungsprozesses, indem ihm eine zweifache Bedeutung zukommt. Erstens, da sich die Forscherin selbst mit der Problematik der Gefahr eigener Bewertungen und Beurteilungen kritisch auseinandersetzen muss, und zweitens, da in solchen Forschungsprozessen die Rekonstruktion von Werten und Werthaltungen der Akteure im Untersuchungsfeld selbst von zentraler Bedeutung ist (vgl. Bohnsack, R. 2010, S. 30 ff.).

In Zusammenhang mit dem Erkenntnisinteresse nach einer möglichen Beeinträchtigung der Werthaltungen der Akteure geht Bohnsack von einer grundlegenden Unterscheidung aus, die sich

bei den Akteuren in einer theoretischen und praktischen Beziehung zur Welt darstellen lässt. Er greift an dieser Stelle auf die Bezeichnung Bourdieus zurück, der zwischen einer „theoretischen Logik“ und einer „praktischen Logik“ des Weltbezuges differenziert. Mit dem Hinweis darauf, dass erst durch die genaue Kenntnis dieser praktischen Logik der Akteure, die jenseits ihrer eigenen Theorien gelegen ist, grundlegende Erkenntnisse erwachsen können, die notwendig sind, um auf die Praxis der Handelnden Einfluss nehmen zu können, hebt Bohnsack deren Bedeutung hervor. Er begründet diesen Zusammenhang damit, dass lediglich durch eine „genaue Durchdringung des Problems“ der Standortgebundenheit eine tiefere Deutung des Wertbegriffes möglich wird, die über das oberflächliche Bewerten hinausgeht und ein Herausarbeiten impliziter Werthaltungen derer ermöglicht, die Gegenstand der Evaluation sind (vgl. Bohnsack, R. 2010, S. 23 f.).

Für den vorliegenden Forschungsprozess bedeutet dies, dass der Sinnzusammenhang der Äußerungen der befragten Akteure in den Pflegeeinrichtungen nur da für den Forschenden zugänglich ist, wo sich eine existenzielle Verbindung zeigt, in welche die Handelnden kontextuell eingebunden sind und deren Handlungsbedeutung sowohl durch Gestik als auch durch Äußerungen wie Beschreibungen und Erzählungen der Interviewten mitgeteilt werden.

Nach Bohnsack lassen sich die handlungsleitenden Orientierungen und die Werthaltungen der zu untersuchenden Akteure nur auf diesem Wege des Zugangs erschließen, da sowohl die Interessen der Akteure als auch deren Werthaltungen sich lediglich in ihrer Handlungspraxis und nicht auf der Ebene der reflektierten Darstellung der Common-Sense-Theorien zeigen. Im Gegensatz dazu ist mit dem empirisch-methodischen Zugang zu diesen Common-Sense-Theorien nach Bohnsack ein stark zweckrationaler Zugang verbunden, in dem utilitaristisches Handeln dominiert, das zur Rekonstruktion von Werthaltungen eben nicht ausreicht (vgl. Bohnsack, R. 2010, S. 26 ff.) und für die vorliegende Untersuchung mit ihrer Fragestellung zu kurz greifen würde.

3.2.1 Grundlagen der dokumentarischen Methode

Einleitung

Im Rahmen der Methodologie soll an dieser Stelle in die Grundlagen der dokumentarischen Methode eingeführt werden. Die dokumentarische Methode rekuriert auf die Wissenssoziologie

Karl Mannheims⁴¹ und der Ethnomethodologie. Sie ermöglicht als Analyseverfahren einen Zugang zu dem jeweiligen handlungsleitenden Wissen der Akteure in der Praxis, das über deren reflexives Wissen hinausreicht und die Handlungspraxis durch ihr zugrunde liegendes, habituiertes und teilweise inkorporiertes Orientierungswissen strukturiert. Diese Rekonstruktion der Handlungspraxis zielt bewusst auf das implizite Orientierungswissen der Akteure, welches das Praxishandeln in Unabhängigkeit von deren „subjektiv gemeinten Sinn“ strukturiert (vgl. Bohnsack, R. et al. 2013, S. 9). Mithilfe dieser Methode werden praktische individuelle Erfahrungen, aber auch Erfahrungen von Gruppen in bestimmten Milieus und Organisationen rekonstruiert, sodass Erkenntnisse über deren Handlungsorientierungen gewonnen werden, die einen Zugang zur jeweiligen Handlungspraxis ermöglichen (vgl. Nohl 2012, S. 1-2). Aus einer soziologischen Perspektive ist diese Sicht vor allem dadurch erkenntnisreich, da sie den Stellenwert und die grundlegenden Orientierungen, die das Handeln der Akteure leitet, einfängt und Erkenntnisse darüber gewinnt, wie und warum Angehörige sozialer Gruppen in gesellschaftlichen Zusammenhängen agieren (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 155). Auch aus diesem Grunde lehnt sich die vorliegende Untersuchung an diese Methode der Untersuchung an, damit die habituellen Aspekte der pflegerischen Praxis expliziert und für den Gang der Untersuchung gewürdigt werden können. Nach Bohnsack (2014) bedeutet die dokumentarische Interpretation in diesem Sinne dass,

„[...] die Behandlung einer Erscheinung als Dokument, als Hinweis auf, als etwas, das anstelle und im Namen eines vorausgesetzten zugrundeliegenden Musters steht [...]“ (Bohnsack, R. 2014, S. 58).

Bevor auf das rekonstruktive Verfahren der dokumentarischen Methode eingegangen wird, erfolgt zunächst eine Einführung in die theoretischen Grundlagen der wissenssoziologischen Perspektive Karl Mannheims, der das Denken und Handeln von Individuen und Gruppen in zwei Sinnebenen unterscheidet und so das Zusammenwirken erklärt, das sich zwischen den gesellschaftlichen Strukturen und den individuellen bzw. kollektiven Handlungen vollzieht.

⁴¹ Mannheim geht in seiner Wissenssoziologie davon aus, dass sich im Wissen das soziale Sein dokumentiert. Dieses soziale Sein, so Mannheim, kann soziale Gruppen so intensiv mit ihren Interessen an ihre spezifischen Umstände binden, dass sie ihre Reflexionsfähigkeit verlieren, ganz bestimmte Tatsachen wahrzunehmen und zu sehen, die sie in ihrem „Herrschaftsbewusstsein“ stören könnten (vgl. Knoblauch, H. 2014, S. 103). Mannheim begründet die Wissenssoziologie als eine eigenständige kritische Theorie des Denkens, Erkennens und Wissens, dessen Gegenstand sich in der Verbindung zwischen Weltanschauung und Wirklichkeit darstellt bzw. das Verhältnis zwischen der unterschiedlichen Bewusstseinsstruktur unterschiedlicher Subjekte und Subjekttypen sowie deren sozio-historischen Zusammenhängen zum Ausdruck bringt (vgl. Knoblauch, H. 2014, S. 101 f.). Mannheim beschränkt sich in seiner Wissenssoziologie jedoch nicht nur auf soziale Strukturen, sondern bezieht den Sinn als zentrales Element geistiger und kultureller Ebene in den Mittelpunkt der Soziologie mit ein (vgl. Knoblauch, H. 2014, S. 101).

3.2.1.1 Zur Rekonstruktion von Alltagswissen

Die Wissenssoziologie Karl Mannheims, die in den 1920er- und 1930er-Jahren entwickelt worden ist, geht davon aus, dass das Denken der Menschen „*seinsverbunden*“ ist und somit auf Erfahrungen basiert, die in enger Verbindung mit dem Geschlecht, der Zugehörigkeit von Generation und sozialen Milieus stehen. Wissen, Einstellungen, Werthaltungen und Orientierungen entfalten in diesen Zusammenhängen ihre Gültigkeit für Individuen ebenso wie für Gruppen, sodass ein Bestehen allgemeingültiger Kriterien über das Richtige, Wichtige und das Wahre nicht anzunehmen ist. Durch diese Perspektive der „*Seinsverbundenheit*“ wendet Mannheim sich gegen objektivistische Annahmen, die das Denken und Handeln der Menschen determinieren (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 156).

Mit dem Ziel der dokumentarischen Methode, das handlungsleitende Erfahrungswissen im Praxisalltag der Akteure zu rekonstruieren, soll in der vorliegenden Untersuchung das Zusammenwirken ersichtlich werden, das sich zwischen den gesellschaftlichen Strukturen und den individuellen bzw. kollektiven Handlungen der Akteure unter dem Einfluss der Ökonomisierung im Feld der Pflege vollzieht. In diesem Zusammenhang werden unter dem Begriff „Orientierungsmuster“ zwei Wissensformen unterschieden. Während „Orientierungsschemata“ institutionalisierte und normierte Verläufe bezeichnen, die für die Akteure in ihrem Handeln verbindlich sind, setzen sich „Orientierungsrahmen“ aus konkreten Erfahrungen zusammen, die durch die eigene Sozialisation bedingt sind und die das Alltagshandeln maßgeblich prägen. Beide Ebenen überlappen sich jedoch in der Alltagspraxis (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 156). Das Alltagswissen zeigt sich zunächst als exklusive Erfahrung eines Individuums und manifestiert sich darüber hinaus in seinem gesamten Umfeld, indem es als sogenanntes kollektives Alltagswissen existiert, das für fremde Personen indes nur schwer zugänglich ist. Diese Unterscheidung erfasst die dokumentarische Methode mit den Begriffen konjunktiver und kommunikativer Erfahrungsraum. Der konjunktive Erfahrungsraum ist geprägt von einem gemeinsamen intuitiven Verständnis sowie von gemeinsamen Erlebnishintergründen einer bestimmten Gruppe. Eine fremde Person, die nicht Teil von dieser Gruppe ist und den damit verbundenen gemeinsamen Erfahrungsraum nicht mit den Gruppenteilnehmern teilt, kann ein solches Alltagswissen lediglich durch die verbale Übermittlung, sprich auf dem Wege der kommunikativen Erfahrung, nachvollziehen (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 158 ff.). Insofern kann davon ausgegangen werden, dass dieser konjunktive Erfahrungsraum auch auf die Gruppe der leitenden Akteure in den Pflegeeinrichtungen zutrifft, die von einem gemeinsamen, intuitiven Verständnis ausgehen. Diese spezifische Unterscheidung von kommunikativer und konjunktiver Erfahrung, die Mannheim in seinen Analy-

sen herausgearbeitet hat, bildet eine grundlegende Voraussetzung für das umfassende Verständnis der dokumentarischen Methode der Interpretation (vgl. Bohnsack, R. 2014, S. 58).

In der Forschungspraxis bildet die Aufschlüsselung der Sinngehalte, die das Alltagswissen einschließt, eine große Herausforderung. Mannheim (1964) empfiehlt in diesem Zusammenhang einen Unterschied zwischen zwei Sinnebenen vorzunehmen:

1. Menschen berichten von ihren Erfahrungen, die auf ihren wörtlichen, expliziten sprich „*immanenten Sinngehalt*“ hin untersucht werden können. Innerhalb dieses immanenten Sinngehaltes wird weiter unterschieden zwischen dem subjektiv gemeinten „*intentionalen Ausdruckssinn*“, in dem die Motive des Interviewten zum Ausdruck kommen und dem „*Objektsinn*“, der die allgemeine Bedeutung einer Handlung zum Ausdruck bringt.
2. Mannheim unterscheidet vom *immanenten Sinngehalt* den „*Dokumentsinn*“. In diesem dokumentarischen Sinngehalt steht die Erfahrung der Interviewten im Vordergrund, die als „Dokument einer Orientierung“ rekonstruiert und als geschilderte Erfahrung strukturiert wird (ebd.).

Beide Bedeutungsdimensionen, die der „konjunktiven“ Sinn- und Typenbildung und die der „kommunikativ-generalisierenden“, zum immanenten Sinngehalt gehörenden Typenbildung sind demnach deutlich voneinander zu unterscheiden (vgl. Bohnsack, R. 2014, S. 63).

Während zur Erfassung von Sinngehalten sprachlicher Äußerungen auf der Ebene des Objektsinns ausschließlich das Gesagte in einem Analyseschritt „objektivierend“ darzustellen ist, geht es darüber hinaus bei der Erfassung des dokumentarischen Sinngehaltes darum, „[...] den im Gesagten durchscheinenden dokumentarischen Sinngehalt (bzw. den Dokumentsinn) zu rekonstruieren“ (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 159 f.). Die Erfassung des Objektsinns wird durch das Zuhören, Lesen und Beobachten zu erkennender Sinngehalte erreicht. Der dokumentarische Sinngehalt erfasst all das, was in einer Äußerung implizit über die Orientierungen, Relevanzen, Normalitätsannahmen, Weltsichten und Werte [...] des jeweiligen Individuums zum Ausdruck gebracht wird. Es bezeichnet das Alltagswissen von Sprechenden und verweist auf deren handlungsrelevante, konjunktive Erfahrungen (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 159). Diese Unterscheidung kommt in der vorliegenden Untersuchung vor allem da zum Tragen, wo aus der Perspektive der praxeologischen Wissenssoziologie und der dokumentarischen Methode zwischen expliziten Bewertungen und impliziten Werthaltungen unterschieden wird. Aufbauend auf dieser Unterscheidung geht die Wissenssoziologie davon aus, dass Werte unabhängig davon, ob sie einer subjektiven Präferenz oder einer objektiven Orientierung entspringen, im Prozess der Kom-

munikation von den Interviewten nicht deutlich eingebracht werden, da sie zunächst hinterfragt und geprüft werden könnten (Bohnsack, R. 2010, S. 30 ff.). Daher ist davon auszugehen, dass auch in der vorliegenden Studie die Werte und Werthaltungen der Akteure in der Pflege latent bleiben, da sich die Akteure dem Risiko einer möglichen Zustimmung oder Ablehnung im Prozess der Kommunikation nicht aussetzen wollen. Das bedeutet, dass die eigene Werthaltung nicht ausdrücklich thematisiert wird. Luhmann beschreibt diesen Zusammenhang damit, dass seiner Auffassung nach sowohl positive als auch negative Seiten mit dem Code „Werte“ in Verbindung zu bringen sind (vgl. Luhmann, N. 1997, S. 369).

In der praktischen Anwendung der dokumentarischen Methode vollzieht sich der Schritt zur Erfassung des Objektsinns im Analyseschritt der formulierenden Interpretation. Zur Erfassung des dokumentarischen Sinngehaltes dient in der Praxis der Analyseschritt der reflektierenden Interpretation. Auf beide Analyseschritte wird im folgenden Kapitel näher eingegangen.

3.2.1.2 Methodischer Zugang zum impliziten, atheoretischen und handlungsleitenden Erfahrungswissen

Zur Erfassung der beiden Sinnebenen, der des Objektsinns und der des dokumentarischen Sinngehaltes, dient die Rekonstruktion der dokumentarischen Methode mit ihren unterschiedlichen Analyseschritten. Hierbei zeichnet sich das rekonstruktive Verfahren der dokumentarischen Methode durch einen Wechsel der Analyseeinstellung vom „Was zum Wie“ aus, indem über mehrere Interviewabschnitte der „gesamtgeistige Habitus“ (vgl. Mannheim 1964, S. 108 f.) der Interviewten durch den Forscher herausgearbeitet wird. Je nach Untersuchungsgegenstand bzw. je nach Problemstellung kann aber auch auf einen kollektiven Habitus (Bourdieu 1991) oder auf das Verhältnis zwischen Habitus und Gesellschaftsstrukturen Bezug genommen werden (vgl. Nohl 2012, S. 2 f.). Für die vorliegende Studie in der Frage nach dem Einfluss der Ökonomisierung auf das Feld der Pflege sowie auf die Werthaltungen und das Ethos der Akteure sind beide Bezugspunkte von Bedeutung und sollen daher zur Anwendung gebracht werden.

In der Forschungspraxis der dokumentarischen Methode manifestiert sich die Unterscheidung von immanentem und dokumentarischem Sinngehalt in den zwei Arbeitsschritten, der „*formulierende(n) Interpretation*“ einerseits und der „*reflektierende(n) Interpretation*“ andererseits. Dies bedeutet, dass, während die formulierende Interpretation sich umfassend und vollständig auf die Perspektive der leitenden Akteure bezieht und damit auf das, was diese in den Interviews sagen, soll in der reflektierenden Interpretation die Art und Weise der Verarbeitung dessen, wie sich die

Interviewten über eine Thematik oder eine Problemstellung äußern, und ihr damit verbundener Orientierungsrahmen fokussiert werden.

Aus diesem Grunde gestaltet sich die dokumentarische Interpretation von Interviews entsprechend unterschiedlich. Das bedeutet auch, so Przyborski (2004), dass zwischen den Ebenen des verallgemeinerbaren generalisierenden Sinns und des konjunktiven, milieuspezifischen Sinns differenziert werden muss.

„Die dokumentarische Interpretation von Gesprächen unterscheidet sich zwischen dem, was wörtlich gesagt wird, der thematischen Entwicklung und Struktur, und dem, was sich über den Fall zeigt bzw. was sich dokumentiert.“ (Przyborski, A. 2004, S. 47)

Hierzu ist aus der Perspektive der Wissenssoziologie Karl Mannheims eine spezifische Sicht einzunehmen, die dem Wissen der Akteure eine empirische Basis der Analyse einräumt. Mannheim hebt an dieser Stelle die Bedeutung des atheoretischen Wissens hervor, da es eine Form des Wissens ist, über das wir in der täglichen Handlungspraxis verfügen, ohne dass dieses jedoch im Alltagsgebrauch expliziert werden müsste. In anderen Theorietraditionen wird dieses Phänomen als *„implizites Wissen“* (Polanyi 1985)⁴² oder *„praktischer Sinn“* (Bourdieu 1993) bezeichnet. Dieses atheoretische Wissen ist immer auch Teil des routinierten oder *„habituellen Handelns“* einzelner Personen oder Gruppen. Es verbindet Menschen untereinander durch ihre geteilten, verbindenden *„konjunktiven Erfahrungen“* (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 4), wodurch sie in der Lage sind, sich unmittelbar zu verstehen (vgl. Bohnsack, R. 2014, S. 61).

Mit der von ihm in den 1920er-Jahren entwickelten dokumentarischen Methode hat er eine Möglichkeit des Zugangs zu diesem atheoretischen Wissen der Akteure eröffnet. In der vorliegenden Forschungspraxis soll die Forscherin so einen Zugang zur Handlungspraxis der leitenden Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen erfahren, der sich der Sicht der Akteure selbst entzieht. Die Akteure, so Mannheim *„[...] wissen [selbst nicht], was sie da eigentlich alles wissen [...]“*, da sie über ein implizites Wissen verfügen, das ihnen nicht ohne Weiteres reflexiv zugänglich ist (vgl. Bohnsack, R. et al. 2013, S. 12). Im Rahmen dieses Prozesses spricht Bohnsack von einer *„methodischen Fremdheitshaltung“* in der wissenssoziologischen Tradition, die Konsequenzen für den gesamten Verlauf der Textinterpretation nach sich zieht (vgl. Bohnsack, R. et al. 2013, S. 12).

⁴² Nach Michael Polanyi wird als implizites Wissen ein verborgenes, nicht artikulierbares Wissen mit einer spezifischen Qualität bezeichnet. Dieses implizite Wissen *„tacit knowledge“*, so Polanyi (1985), ist eine Form des menschlichen Erkennens, die er in seiner Theorie mit dem folgenden Ausschnitt eines Satzes verdeutlicht: *„[...] dass wir mehr wissen, als wir zu sagen wissen [...]“* (vgl. Gabler, Wirtschaftslexikon 2015).

3.2.1.3 Komparative Sequenzanalyse und empirischer Vergleich

Zur Erschließung des dokumentarischen Sinngehaltes des habituellen Handelns und des atheoretischen Wissens der leitenden Akteure im Feld der vollstationären Langzeitpflege schlägt Bohnsack mit der dokumentarischen Methode die komparative Sequenzanalyse vor. Hierbei geht die dokumentarische Methode davon aus, dass die an einen ersten Abschnitt der Erzählung anschließenden weiteren möglichen Äußerungen der Interviewten in atheoretischer, habitualisierter Form wissensmäßig verfügbar sind. Weil jedoch, so Bohnsack, die beforschten Personen sinnvolle Anschlussäußerungen nicht unmittelbar explizieren können, da es sich eben um Prozesse der routinemäßigen Handlungspraxis handelt, bedarf es der empirischen Rekonstruktion und Explikation dieses atheoretischen Wissens. Der Rahmen, in dem sich Anschlussäußerungen in der Folge eines im ersten Abschnitt gesetzten Themas zur Behandlung des Problems durch die interviewten Akteure in den Einrichtungen vollziehen, bildet demzufolge den Orientierungsrahmen für die Sequenz. Dies bedeutet, dass die aufeinanderfolgenden Erzählabschnitte eines Falles bzw. eines Interviewpartners der vorliegenden Studie mit den Erzählabschnitten der weiteren Interviews der Studie verglichen werden können.

Die Art und Weise der thematischen Bearbeitung eines Interviews ist am besten rekonstruierbar, wenn sich gleichzeitig in weiteren Interviews Kontraste abbilden lassen, in denen sich der Orientierungsrahmen der Pflegenden zeigt. Da die Sequenzen des ersten Interviews sich möglicherweise von den Erfahrungen der weiteren Interviews unterscheiden, zeigt sich auf diese Weise eine grundsätzlich mögliche Vielseitigkeit empirischer Fälle, welche die Forscherin dazu auffordern sollte, ihr Vorwissen zum Gegenstand zu relativieren. Durch diese Vergleiche wird die dokumentarische Interpretation auch in der hier bearbeiteten Studie in dem Maße als Methode überzeugend, als die Vergleichshorizonte der Forscherin sich nicht am eigenen, impliziten und expliziten Alltagswissen über das jeweilige Thema orientieren, sondern sich empirisch fundieren und somit empirisch nachvollziehbar sind⁴³. Nach Nohl (2012) kann die komparative Analyse demnach als der Königsweg des methodisch kontrollierten Fremdverstehens verstanden werden (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 6 f.).

Für das Verfahren der dokumentarische Methode der vorliegenden Studie steht der „fortlaufende“ und „systematische“ Fallvergleich zur Erkenntnisgewinnung im Mittelpunkt, bei dem sowohl mehrere, differente Textpassagen eines Falles als auch gleiche Passagen unterschiedlicher

⁴³ Dieser Aspekt der Forschungsmethode ist vor allem vor dem Hintergrund der umfassenden theoretischen wie praktischen Felderfahrungen der Forscherin von Bedeutung.

Fälle im Forschungsfeld der Pflege verglichen werden. Dieses Vorgehen dient einer stets stärkeren, systematischen, analytischen Durchdringung. Hierzu sind während des gesamten Forschungsprozesses Kriterien zur Bearbeitung der Fälle heranzuziehen, die einerseits einen Vergleich hinsichtlich ihrer Unterschiedlichkeit und andererseits hinsichtlich ihrer Gemeinsamkeiten erlauben (vgl. Kleemann et al. 2013, S. 163). Die Interviewpassagen, die in der Studie in einen Vergleich überführt werden, dienen gegenseitig als Vergleichsperspektive und bieten für den weiteren Erkenntnisgewinn zu dem Einfluss der Ökonomisierung auf das Feld der Langzeitpflege in ihren einzelnen Aspekten einen „Kontrast in der Gemeinsamkeit“. Bei diesem Verfahren bildet ein sogenanntes „gemeinsames Drittes“ den Vergleichsmaßstab, der in der Terminologie der dokumentarischen Methode als „*tertium comparationis*“ bezeichnet wird. Dieser Prozess des Vergleichens erlaubt eine empirisch fundierte Kontrastierung, indem das Risiko gemindert wird, dass durch die Forscherin analysierte Orientierungen in der Bearbeitung weiterer Fälle vorschnell überhöht werden. In der dokumentarischen Methode nimmt die komparative Analyse allerdings nicht nur eine erkenntnisgenerierende und kontrollierende Stellung ein. Da die Fallvergleiche auf unterschiedliche Erfahrungsräume Bezug nehmen, bietet sich mit der komparativen Analyse der Interviews auch für die vorliegende Studie eine Typenbildung an (vgl. Bohnsack, R. et al. 2013, S. 24).

3.2.2 Methodik der dokumentarischen Interpretation von Interviews

Im Folgenden soll auf den theoretischen Teil der Analyseschritte der dokumentarischen Methode eingegangen werden, um die damit verbundenen Kenntnisse in die unmittelbare Forschungspraxis transferieren zu können. Die Entfaltung und Vertiefung des theoretisch fundierten Vorgehens bei der Analyse der Interviews nach der dokumentarischen Methode soll neben der Einweisung in die praktischen Analyseschritte gleichzeitig einen Einblick in die wissenschaftliche Güte der empirisch elaborierten Methode für die vorgelegte Untersuchung gewähren.

Die dokumentarische Interpretation lässt sich zurückführen auf die Analyse von Gesprächen und Gruppendiskussionen und schließt inzwischen nahezu alle methodischen Erhebungsverfahren im Rahmen der sozialwissenschaftlichen Forschung ein (vgl. Bohnsack, R. et al. 2013, S. 18). Der narrative Charakter von Interviews kommt nicht nur in biografieorientierten Interviews zur Geltung, sondern darüber hinaus auch in leitfadengestützten Interviews, die mit der dokumentarischen Methode ausgewertet werden, wie dies für die Erhebungsphase der vorliegenden Studie vorgesehen ist (vgl. Bohnsack, R. et al. 2013, S. 20).

Das Forschungsprogramm der dokumentarischen Methode ist in seiner praktischen Anwendung durch methodologische Prinzipien gekennzeichnet, die durch einzelne, aufeinander folgende Analyseschritte aufgebaut sind. Die im Folgenden aufgenommene Tabelle in Anlehnung an (Nohl 2012) skizziert die einzelnen Stufen und Zwischenstufen der dokumentarischen Interpretation von Interviews:

| <u>Stufen</u> | <u>Zwischenstufen</u> |
|--------------------------------------|---|
| Formulierende Interpretation | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Thematischer Verlauf und Auswahl zu transkribierender Interviewabschnitte |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formulierende Feininterpretation eines Interviewabschnitts |
| Reflektierende Interpretation | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formale Interpretation der Textsortentrennung |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Semantische Interpretation und komparative Sequenzanalyse |
| Typenbildung | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sinngenetische Typenbildung |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soziogenetische Typenbildung |

Tabelle 2: Stufen der dokumentarischen Interpretation

Quelle: eigene Darstellung nach Nohl, A.-M. 2012, S. 39

3.2.2.1 Die formulierende Interpretation von Interviews

Einleitung

Wie bereits erwähnt (vgl. Kap. 3.2.1.2) dient die formulierende Interpretation der Interviews einer zusammenfassenden „(Re-)Formulierung“ des Sinngehaltes, der dem Text immanent zugrunde liegt und befasst sich mit der Frage, was durch die Interviewten gesagt wird. Im Rahmen der formulierenden Interpretation wird der Inhalt der Kommunikation der interviewten Akteure in den Pflegeeinrichtungen nachgezeichnet, für den die Interviewten eigens verantwortlich sind. Die formulierende Interpretation verbleibt vollständig auf der Ebene des Interpretierten, dessen thematischer Gehalt mit neuen Worten formulierend zusammengefasst wird (vgl. Nohl, A.-M. 2005). Bereits vor der Transkription beginnt die formulierende Interpretation, indem die Audioaufzeichnungen abgehört und die Interviews in einer Tabelle in ihrer zeitlichen und inhaltlichen Abfolge als „*thematische Verläufe*“ skizziert werden. Hierdurch ist es möglich, die für die Forschung relevanten thematischen Abschnitte des Interviews mit den leitenden Pflegekräften zunächst zu

sondieren und herauszufiltern. Nach Nohl (2012) sind für diesen Arbeitsschritt die drei folgenden Kriterien leitend:

1. Es sind die Themen von besonderer Bedeutung, die der Forscher in seiner empirischen Arbeit festgelegt hat.
2. Es sind alle die Themen von besonderer Bedeutung, zu denen sich die Interviewten „ausführlich“, „engagiert“ und „metaphorisch“ geäußert haben, da sie als „Fokussierungsmetaphern“ ein mögliches Korrektiv zu den Schwerpunktthemen des Forschers darstellen können.
3. Es sind die Themen zu identifizieren, die in den je unterschiedlichen Fällen gleichermaßen behandelt werden und sich daher für die komparative Analyse eignen (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 40).

Sinn und Zweck zur Abbildung des thematischen Verlaufs ist es, die Vertrautheit mit dem Text zu entwickeln und eine Grundlage für die Auswahl von Gesprächsabschnitten zu bilden, die im Sinne der formulierenden und reflektierenden Interpretation einer intensiven Auswertung unterzogen werden sollen (vgl. Przyborski, A. 2004, S. 50). Bereits in diesem Prozessschritt sollen auch in der vorliegenden Untersuchung zu den einzelnen Themenbereichen, die durch das leitfadengestützte Interview in die Untersuchung einfließen, wesentliche Erkenntnisse darüber gewonnen werden, welche Themen für die Befragten von besonderem Interesse sind und welche inhaltlichen Überschneidungen auf eine mögliche Perspektive verweisen (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 173).

Bedeutung der Sequenzierung einzelner Textpassagen

Mit diesem ersten Analyseschritt zur Selektion von Daten soll eine Sequenzierung einzelner Textpassagen der Interviews vorgenommen und eine Reduktion der Daten eingeleitet werden. Die ausgewählten Sequenzen der Interviews, die je nach ihrem Objektsinn eine Sinneinheit auf der Ebene des unmittelbaren Verstehens bilden, sollen mit einer jeweiligen Überschrift versehen werden (Oberthema oder Unterthema), welche die zentralen Inhalte der jeweiligen Sequenz wiedergeben. Diese thematischen Verläufe sollen durch weitere Auffälligkeiten hinsichtlich ihrer sprachlichen Dynamik, der Interaktionsdichte oder ihrer metaphorischen Dichte ergänzt werden (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 170 f.). Przyborski (2004) verweist an dieser Stelle darauf, bei der Beschreibung der thematischen Verläufe besonders auf die jeweiligen thematischen Wechsel

zu achten, die in der dokumentarischen Methode als „Passagen“⁴⁴ bezeichnet werden. Mit dem zweiten Analyseschritt erfolgt die Auswahl der Passagen, die für den Auswertungsprozess der Studie ausgewählt und anschließend transkribiert werden. Diese Auswahl vollzieht sich sowohl nach formalen als auch nach thematischen Gesichtspunkten. Formale Gesichtspunkte wie: „fokussierte Stellen im Gespräch“, „interaktive und metaphorische Dichte“, „Größe der Pausen“, „Wechsel bevorzugter Textsorten“ oder die „besonders lange Bearbeitung eines Themas“ dienen hierzu als wegweisend, da sie für die Untersuchten von besonderer Relevanz sind (vgl. Przyborski, A. 2004, S. 50 ff., Bohnsack 2014, S. 137). Weitere Kriterien für die Auswahl forschungsrelevanter Sequenzen bilden die Passagen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den forschungsleitenden Fragen der Untersuchung stehen und so für den Forschungsgegenstand zum Einfluss der Ökonomisierung in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege und deren Folgen nötige Relevanz aufweisen. Darüber hinaus sollen Passagen, die sich für einen thematischen Vergleich mit weiteren Passagen aus anderen Interviews im Rahmen der „komparativen Analyse“ eignen, hierzu herangezogen werden (vgl. Bohnsack, R. 2014, S. 137). Bereits mit dem Verfahren der Sequenzierung beginnt der erste Schritt der Interpretation im Rahmen der dokumentarischen Methode. In dieser Phase soll ein erweiterter Kreis von Forschenden in die Studie einbezogen werden, um die Auswahl der Sequenzen vor dem Hintergrund der forschungsleitenden Fragestellungen abzugleichen. Dieser Schritt dient der Evidenz der Methode, indem eine möglicherweise voreilig getätigte Interpretation durch die Forscherin verhütet wird. Nach der Auswahl der relevanten Textpassagen erfolgt in einem dritten Schritt die Transkription der forschungsrelevanten Passagen (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 171 f.).

Zur Praxis der Transkription

Für das praktische Vorgehen zur Transkription von leitfadengestützten Interviews, die auf eine vollständige Form der Transkription⁴⁵ verzichtet, wird empfohlen, zunächst mit den thematischen Abschnitten zu beginnen, die alle o. g. zentralen Kriterien erfüllen. In einem weiteren Schritt werden nachfolgende Interviewabschnitte ergänzt, die sich durch relevante Themen und Schwerpunkte herausbilden. Dieses Verfahren soll solange vollzogen werden, bis am Ende des

⁴⁴ Die Passage bietet die kleinste mögliche Einheit eines Interpretationsschrittes (vgl. Przyborski, A. 2004, S. 50).

⁴⁵ Im Rahmen der dokumentarischen Methode wird im Sinne der „Angemessenheit der Transkription“ auf ein festgelegtes Transkriptionssystem verzichtet. Der Schritt der Sequenzierung dient in diesem Zusammenhang vor allem auch der Reduktion der Datenmenge, die implizit mit der Anwendung der dokumentarischen Methode verbunden ist. Die Verschriftlichung der ausgewählten Interviewpassagen ist in einer der eigenen Forschung angemessenen Qualität anzufertigen, die primär den linguistischen Standards zu folgen hat (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 172).

Transkriptionsprozesses alle zentralen Interviewabschnitte der Interviews vorliegen (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 40).

Zur formulierenden Feininterpretation

Im Anschluss an die Transkription wird mit der „*formulierenden Feininterpretation*“ begonnen. Auch hierzu werden alle Interviewabschnitte hinsichtlich auffälliger und „markanter“ Themenwechsel sequenziell untersucht, sodass „Oberthemen“ und „Unterthemen“ herausgebildet werden können (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 41). Auf diese Weise soll die Forscherin sich einen Gesamtüberblick über den transkribierten Text verschaffen und mit der „Interpretation“ beginnen, da hier bereits das begrifflich-theoretisch expliziert wird, was im Text implizit vorhanden ist. In diesem Auswertungsschritt wird eine „alltagssprachliche“ Reformulierung der transkribierten Textstellen vorgenommen (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 173), indem die entsprechenden Unterthemen in Form von Paraphrasierungen zusammengefasst werden. Diese Form der Transkriptbearbeitung dient dazu, einen gebührenden Abstand zu den transkribierten Textstellen einzunehmen und gleichzeitig die Notwendigkeit der Interpretation des thematischen Gehaltes der Textsequenzen hervorzuheben (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 41). Die Forscherin soll an dieser Stelle so dem Kern der dokumentarischen Methode nachkommen, indem sie über den „Objektsinn von Äußerungen“ der interviewten Akteure zum „dokumentarischen Sinngehalt“ gelangt. Durch die intensive Auseinandersetzung mit dem „Thema“ des Gesagten vollzieht sich bereits eine Rekonstruktion dessen, was durch die Interviewten geäußert worden ist (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 173). Sollte in den Textpassagen der immanente Sinn an der einen oder anderen Stelle „treffend wiedergegeben sein“, so empfiehlt Przyborski (2004) diese Äußerungen in eine wörtliche Zitation zu überführen, da ansonsten die Gefahr besteht, dass es im Rahmen der formulierenden Interpretation zu einer unnötigen „Verkomplizierung“ der Textverarbeitung kommen kann (vgl. Przyborski, A. 2004, S. 55).

Der Prozess der formulierenden Feininterpretation fordert den Forschenden dazu heraus, sich mit der Ebene des Gesagten dergestalt auseinanderzusetzen, dass eine voreilige Interpretation oder Zuschreibung auf der Ebene des Objektsinns vermieden wird, sodass weitere Interpretationsschritte nicht vorschnell beeinflusst und/oder durch Vorurteile verfälscht werden. In diesem Sinne ist eine gewählte „Tiefenschärfe“ der formulierenden Interpretation dann als hinreichend zu deuten, wenn von der Forscherin kein weiterer Erklärungsbedarf zur Bedeutung einzelner Worte oder Aussagen innerhalb der Textstellen mehr besteht. Durch diesen Prozess hebt die formulierende Feininterpretation die relevanten Aussagen der Interviewten explizit hervor

und würdigt ihre Relevanzsetzung, sodass die Analyse des Forschungsprozesses durch dieses Vorgehen als empirisch fundiert zu bezeichnen ist (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 175).

3.2.2.2 Die reflektierende Interpretation von Interviews

Einleitung

Während in der formulierenden Interpretation das zum Ausdruck kommt, was die Interviewten gesagt haben, so liegt der Schwerpunkt der reflektierenden Interpretation darauf, wie die Problemstellung eines Themas durch die Befragten bearbeitet bzw. strukturiert wird. Diese Perspektive setzt eine Vertiefung in Gang, die sowohl auf die semantischen als auch auf die formalen Aspekte von Interviews Bezug nimmt, wobei diese beiden Aspekte nicht wirklich zu trennen sind (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 41). In dem Auswertungsschritt der reflektierenden Interpretation findet demnach ein Perspektivenwechsel statt, der sich nicht mit der Frage befasst, was gesagt wurde, sondern sich der Frage, wie etwas geäußert wurde, widmet und diese in den Mittelpunkt der Analyse stellt. Da, wo in theoretischen oder beschreibenden Erzählungen und Darstellungen spezifische Orientierungsrahmen zum Ausdruck gebracht werden, spricht Bohnsack von „*Propositionen*“ (Feststellungen). Mit diesem Begriff der Propositionen werden Aussagen der Befragten bezeichnet, die in Zusammenhang mit dem Orientierungsrahmen ein entsprechend relevantes Thema eröffnen (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 175). Meist, so Przyborski (2004), findet sich eine Proposition dort, wo ein neues Thema beginnt. Mit dem Begriff Proposition lässt sich der Orientierungsgehalt von Äußerungen bzw. Diskurseinheiten, die auch Diskursbewegungen genannt werden, beschreiben, die in der Interaktion bzw. in den Äußerungen implizit gegeben sind und sich in der Art und Weise, wie ein Thema behandelt, welche Geschichte dazu erzählt wird, äußert (vgl. Przyborski, A. 2004, S. 63 ff.). Durch diesen Analyseschritt der reflektierenden Interpretation bezieht die dokumentarische Methode die semantische (Sinn, Bedeutung) ebenso wie die syntaktische Bedeutung (Lehre vom Satzbau) des Gesagten in die Untersuchung mit ein (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 175). Der Analyseschritt der reflektierenden Interpretation dient in der vorliegenden Untersuchung dazu, den dokumentarischen Sinngehalt, den Rahmen der Erzählung der leitenden Akteure vor dem Hintergrund ihrer Pflegerfahrungen zu rekonstruieren und die zugrunde liegenden Werthaltungen sowie die damit verbundenen Handlungsorientierungen herauszuarbeiten. Zu diesem Zwecke sind die metaphorischen und impliziten Gehalte der Erzählungen und Beschreibungen aufzugreifen, in denen die impliziten Werthaltungen der Interviewten in Management und Pflege eingelassen sind. Bohnsack recurriert an dieser Stelle auf die von Luhmann beschriebenen positiven und negativen Seiten als sogenannte Codes, die er in „po-

sitive“ und „negative Gegenhorizonte“ einteilt und die als Horizonte der „Selbstverortung“ einer Gruppe oder eines Milieus deren Werthorizonte konstituieren (vgl. Bohnsack, R. 2010, S. 31). Diese Werthorizonte sind wesentliche Rahmenbestimmungen, die den Erfahrungsraum der Akteure im vorliegenden Untersuchungsfeld der Langzeitpflege bzw. ihr soziokulturelles Umfeld bestimmen und auch den damit verbundenen Orientierungsrahmen für den Pflegebereich abstecken. In diesem Zusammenhang geht es in der Untersuchung darum in der Frage nach dem Einfluss der Ökonomisierung auf die Werthorizonte von Management und Pflege sowie auf das gesamte Gefüge der Pflege den der Handlungspraxis zugrunde liegenden Dokumentsinn zu erfassen, indem vor allem die Handlungsorientierungen und Habitusformen der Interviewten zur Explikation gebracht werden (vgl. Przyborski, A., Wohlrab-Sahr, M. 2014, S. 302). Dieser Schritt ist vor allem durch die Destillation geprägt, welcher Sinngehalt einer Äußerung bzw. einer Motivation das Handeln der leitenden Akteure bestimmt, mit dem Ziel, in Erfahrung zu bringen, welche Sinnzusammenhänge den unterschiedlichen Orientierungen und Handlungen zugrunde liegen und das Handeln der Akteure in Management und Pflege strukturieren. Die Fragen, die dabei zu beantworten sind, sind Przyborski zufolge:

- Was zeigt sich hier über den Fall?
- Welche Bestrebung und/oder welche Abgrenzungen sind in den Äußerungen, den Diskursbewegungen impliziert?
- Welches Prinzip, welcher Sinngehalt kann eine derartige Äußerung motivieren, hervorbringen?
- Welches Prinzip kann mir zwei oder gar mehr (thematisch) unterschiedliche Äußerungen als Ausdruck desselben zugrunde liegenden Sinns verständlich machen? (Przyborski, A. 2004, S. 55).

Der Schritt der reflektierenden Interpretation bedeutet in diesem Zusammenhang eine Rekonstruktion von Orientierungen und Habitus, die in „*homologer Weise*“ in unterschiedlichen Handlungen, auf ihre je unterschiedliche Art und Weise artikuliert wird und im Vollzug der Handlung selbst ihren spezifischen Ausdruck findet (vgl. Przyborski, A. 2004, S. 55). Es ist davon auszugehen, dass diese Sinnmuster auch den Handlungen der Akteure im vorliegenden Untersuchungsfeld implizit zugrunde liegen und begrifflich-theoretisch nicht expliziert werden. Sie kommen gemäß Przyborski (2004) vielmehr durch die Metaphorik von Erzählungen und Beschreibungen zum Ausdruck und in der Inszenierung dessen, was dem gemeinsamen Umgang zugrunde liegt. Dieser Erfahrungsraum der Interviewten und deren selbstverständliche, innere Gemeinsamkeit in

der Gestaltung der Versorgungspraxis soll durch die Forscherin im Rahmen der reflektierenden Interpretation expliziert werden. Hierzu dienen vor allem Erzählungen und Beschreibungen, die sich in narrativ sowie in leitfadengestützt angelegten Interviews entwickeln, um das „atheoretische“ und „konjunktive“ Wissen der Interviewten, das den Handlungen immanent ist, zu erheben (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 42 ff.).

Formale Interpretation und Textsortentrennung

Die Textsortentrennung dient auf der Ebene der reflektierenden Interpretation dazu, den Blick dafür zu schärfen, wo sich überhaupt Erzählungen in den Interviews zeigen lassen. Infolgedessen beginnt der Analyseschritt der reflektierenden Interpretation mit der Bestimmung der jeweiligen Textsorten, die sich in den Passagen abzeichnen. Hierbei bieten Erzählungen, Beschreibungen und Argumentationen als primäre Textsorten einen wichtigen Hinweis über den Bezug der Interviewten zu ihren jeweiligen konjunktiven Erfahrungsräumen (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 175). Für diese Unterscheidung der Textsorten wird in der dokumentarischen Methode auf die Narrationsstrukturanalyse⁴⁶ von Fritz Schütze zurückgegriffen, die zur Auswertung von narrativen Interviews zwischen Erzählung, Beschreibung, Argumentation und Bewertung differenziert. Bei dieser Textsortentrennung wird eine Differenzierung zwischen atheoretischem, konjunktivem und kommunikativem Wissen vollzogen, wenngleich so Mannheim sich die Menschen in beiden Ebenen der Sprachen wiederfinden und leben (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 42 f.). Daher sollten sowohl den biografischen Interviews als auch den leitfadengestützten Formen der Interviews erzählgenerierende Fragen zugrunde liegen, die zu Erzählungen anregen und mit den Textsorten der „Beschreibung“, „Argumentation“ und „Bewertung“ „verknüpft“ sind (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 41 f.)⁴⁷. Durch die Bestimmung der Textsorten als formales Kriterium des Textes werden

⁴⁶ Das von Fritz Schütze entwickelte narrative Interview und das darauf bezogene Auswertungsverfahren der Narrationsanalyse ist zurückzuführen auf den Bereich der Wissenssoziologie und des symbolischen Interaktionismus (vgl. Przyborski, A., Wohlrab-Sahr, M. 2009, S. 220). Mit dem narrativen Interview gerät ein Teilbereich sozialer Realität in den Blick, der von den Befragten rekapituliert wird. Dies mit dem Ziel durch die Narrationsanalyse die Prozesshaftigkeit, die in dieser Erfahrungsrekapitulation zum Ausdruck kommt, wissenschaftlich zu rekonstruieren. In diesem Prozess geht es ganz wesentlich darum, die Prozessstrukturen herauszuarbeiten, die im Interviewtext teilweise explizit und teilweise implizit zum Ausdruck gebracht werden, sowie um die Art und Weise, wie die interviewten Personen in ihren eigenen Deutungen auf diese Prozessstrukturen Bezug nehmen (vgl. Przyborski, A., Wohlrab-Sahr, M. 2009, S. 223).

⁴⁷ In einer Kritik an der Narrationsstrukturanalyse macht Nohl (2012) auf einen wesentlichen Unterschied zwischen der Narrationsstrukturanalyse und dem problemzentrierten Interview nach Witzel aufmerksam. Während Schütze davon ausgeht, dass die „eigentheoretischen Einlassungen“ der Interviewten unter Umständen in ihren argumentativen und bewertenden Abschnitten einer Verschleierung bzw. der Verdrängung des Erlebten dienen könnte, geht Witzel vom Gegenteil aus. Gerade in den intentional geprägten argumentativen Stellen des Interviews sieht er die Möglichkeit, den Sinn der narrativen Interviewpassagen zu explizieren und die Interpretation entsprechend zu leiten. Darüber hinaus, so Witzel, gelte es, die Möglichkeiten zur Explikation zu optimieren, indem den Interviewten ein gebührender Raum eingeräumt wird, ihre individuelle Sicht der Probleme – auch entgegen impliziten

wichtige Hinweise der Interviewten in Bezug auf ihre konjunktiven Erfahrungsräume im Pflegefeld ersichtlich. In diesem Zusammenhang erlauben formal erkennbare „Erzählungen“ einen tiefen Einblick in die persönlichen Erfahrungen der interviewten Akteure, während sich „Beschreibungen“ eher darauf beziehen, regelmäßig wiederkehrende Aktivitäten darzustellen. „Argumentationen“ hingegen bewerten Handlungen, sind häufig auf Rechtfertigungen und Erklärungen der Interviewten im Kontext der Fragestellung ausgerichtet (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 175) und geben „theoretische Zusammenfassungen zu den Motiven, Gründen und Bedingungen“ für das eigene oder fremde Verhalten (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 42). Bei Bewertungen wird zu eigenem oder fremdem Handeln reflexiv Stellung bezogen (ebd.)

Schütze hebt in diesem Zusammenhang insbesondere die Relevanz der „Stegreiferzählung“ hervor, da sie den Erzähler besonders nah an seinen Erfahrungshorizont heranführt und auf diese Weise einen tiefen Einblick in die Erfahrungswelt der Interviewten zulässt.

„Fritz Schütze hat darauf hingewiesen, dass die Stegreiferzählung – aufgrund der Dynamik und Zugzwänge – besonders nahe an den Erfahrungen des Erzählers liegen. Gerade weil er seine Erzählungen komplettieren (in ihrer Gestalt schließen), kondensieren und detaillieren muss, verstrickt sich der Erzähler in den Rahmen seiner eigenen Erfahrungen und lässt damit in den Erzählungen einen tiefen Einblick in seine Erfahrungsaufschichtung zu.“ (Nohl, A.-M. 2012, S. 42)

Gleichzeitig ist es für die Interviewten immer wieder von Bedeutung, etwas zu erläutern, eine ungewöhnliche Handlung zu rechtfertigen, Hintergründe eines Ereignisses zu schildern oder bestimmte Zustände bzw. Räume zu beschreiben. Diese Eigenschaft, die nicht nur mit autobiogra-

Haltungen und Interpretationen der Forscher – deutlich zum Ausdruck bringen zu können (vgl. Nohl 2012, S. 29 f.). „Das PZI ist ein „diskursiv-dialogisches Verfahren, das – wie schon in der Kontaktaufnahme zum Ausdruck kommt – die Befragten als Experten ihrer Orientierungen und Handlungen begreift, die im Gespräch die Möglichkeit zunehmender Selbstvergewisserung mit allen Freiheiten der Korrektur eigener oder der Interviewaussagen wahrnehmen können. Um seinen Erkenntnisfortschritt zu optimieren, kombiniert der Interviewer das Zuhören mit Nachfragen.“ (Witzel, A. 2012 (4)). Ob das hier beschriebene implizite Erfahrungswissen den interviewten Personen stets reflexiv zur Verfügung steht und zur Explikation gebracht werden kann, wird sowohl im Rahmen der Narrationsstrukturanalyse als auch durch die dokumentarische Methode kritisch hinterfragt. Beide Methoden der Auswertung gehen davon aus, dass die von Witzel beschriebene Selbsttransparenz nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann, sodass dieses Element nicht zum Erhebungs- und Auswertungsverfahren einbezogen werden könne (vgl. Nohl 2012, S. 30).

An dieser Stelle sei bereits darauf hingewiesen, dass es in dem vorliegenden Forschungshaben nicht darum geht, biografische Aspekte in den Blick zu nehmen, sondern dass es um die Generierung vor allem narrativer Interviewpassagen geht, die eine hohe Eigenstrukturiertheit aufweisen und die durch ihre Beschreibungen zur Auswertung der Interviews beitragen. Hierdurch ist es möglich, die Interviews im Sinne Bohnsacks dem Verfahren einer Narrationsanalyse zuzuführen, das explizit erzähltheoretisch fundiert ist, und das durch die Verhältnisbestimmung der unterschiedlichen Formen der Darstellung – einerseits der Sachverhalte und andererseits des Prozesses – eine Unterscheidung verschiedener Sinnebenen ermöglicht (vgl. Przyborski, A.; Wohlrab-Sahr 2014, S. 223).

fischen Stegreiferzählungen in Verbindung steht, wird nach Schütze (1977) als „Zugzwang des Erzählens“ beschrieben und wie folgt unterschieden:

- Der Detaillierungszwang, indem der Erzähler danach strebt, sich an die zeitliche Abfolge der erlebten Ereignisse zu halten, und in seiner Schilderung der Ereignisse der Reihe nach vorgeht;
- der Gestaltschließungszwang, indem der Erzähler bestrebt ist, die in der Erzählung dargestellten begonnenen kognitiven Strukturen abzuschließen;
- der Relevanzfestlegungs- und Kondensierungszwang, indem der Erzähler bestrebt ist, nur das zu erzählen, was an sogenannten „Ereignisknoten“ innerhalb der Erzählung besonders relevant ist. Dies setzt den „Zwang“ voraus, Einzelergebnisse und einzelne Situationen unter dem Aspekt der Gesamtaussage fortlaufend zu gewichten.

Jegliche Form der Erzählungen, auch jene, die laut Nohl (2012) durch erzählgenerierende Interviewverfahren entstehen, unterliegen den hier genannten Zugzwängen, die sich umso stärker gestalten, je länger sich eine Erzählung erstreckt (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 22 f.).

Da auch die Erfahrungen der unmittelbaren Handlungspraxis der Akteure in den Pflegeeinrichtungen in einer Selbstverständlichkeit an das handlungspraktische Wissen der Akteure gebunden sind, ist davon auszugehen, dass diese nicht verbal kommuniziert, sondern nur im Modus des Erzählens oder des Beschreibens geschildert werden können. Demnach erschließt sich dieses praktische oder „konjunktive Wissen“ der Forscherin insbesondere durch die Erzählungen und Beschreibungen. Dennoch, so Nohl, bilden die Erfahrungen, die hier geschildert werden, nicht „die Wirklichkeit“ ab, sondern es handelt sich um Schilderungen von Erfahrungen des Erzählenden, die wiederum konstruiert sind (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 42). Erzählungen und Beschreibungen dienen demnach dazu, das „atheoretische“ und „konjunktive“ Wissen der Akteure im Feld zu erheben.

Eine Möglichkeit des interpretativen Zugangs zu den handlungsleitenden Orientierungen der Akteure im Feld der Pflege besteht zudem darin, nacheinander sich begrenzende Horizonte (Vergleichshorizonte) zu suchen, indem danach gefragt wird, auf welches Ideal sich eine Sinneinheit im Rahmen der pflegerischen Versorgung bezieht. Dies ist besonders in der Frage nach den Wertorientierungen und den Werthaltungen der Akteure von Bedeutung. Mit dieser Frage wird ein positiver Horizont angezeigt, während sich mit der Fragestellung danach, von welchem Ideal eine

Sinneinheit sich entfernt, sich ein negativer Gegenhorizont entfaltet.⁴⁸ Die Einschätzung der Möglichkeit zur Umsetzung dieser Ausrichtung bezeichnet Bohnsack mit dem Begriff „Enaktierungspotential“ (vgl. Przyborski, A., Wohlrab-Sahr, M. 2014, S. 302).

In der Frage nach den Werthaltungen der Akteure unter dem Einfluss der Ökonomisierung der Pflege spannen sich demnach Werte zwischen den positiven und negativen Gegenhorizonten auf, innerhalb derer sich der Erfahrungsraum der Befragten bewegt. Nach Bohnsack sind Werte die positiven und negativen Horizonte der „Totalität“ einer Weltanschauung, die wie die Werthaltungen nicht Gegenstand des reflektierenden, theoretischen Bewusstseins, sondern atheoretisch sind. Sie werden begrifflich in der alltäglichen Kommunikation nicht expliziert, weil sie auf einer tieferen Ebene angesiedelt sind. Diese grundlegenden Annahmen zur Fundierung des Forschungsprozesses von Werthaltungen beschreibt Bohnsack wie folgt:

„Der empirische Zugang zu den Werthaltungen und Werthorizonten (im Unterschied zu den Bewertungen) führt somit über die empirische Rekonstruktion dieser Praxis“ (Bohnsack, R. 2010, S. 32).

Für die Praxis der vorliegenden Analyse bedeutet dieser Vorgang, dass es der Forscherin als der Beobachterin zweiter Ordnung gegeben ist, den impliziten oder latenten Vergleichshorizont des Interviewten, des Beobachters erster Ordnung zu identifizieren, indem sie die Verwendung der Werte in der Kommunikation rekonstruiert. Diese Rekonstruktion ist verbunden mit dem Wechsel der Frage danach, was die Werte sind, zu der Frage, wie die Werte in der Interaktionspraxis hergestellt und verwendet werden. So ist die Analyse der dokumentarischen Methode auf das gerichtet, was sich in den Mitteilungen der Akteure dokumentiert, nämlich ihre Orientierungen, ihr Habitus und die damit verbundenen impliziten Präferenzen und Werthaltungen, die darin gegeben sind (vgl. Bohnsack, R. 2010, S. 33 f.).

Hiervon zu unterscheiden ist nach Mannheim (1980) das „kommunikative Wissen“, das sich auf die Motive des Handelns bezieht. Dieses „kommunikative Wissen ist in der Frage danach, in welchem Maße die betriebswirtschaftliche Logik in der praktischen Versorgung der vollstationären Langzeitpflege sichtbar wird und wie sie die Versorgungsstrukturen beeinflusst, von Rele-

⁴⁸ In seinen weiteren Ausführungen weist Bohnsack darauf hin, dass eine praxisfundierte Perspektive bei der Wahl der positiven und negativen Vergleichshorizonte in zweifacher Hinsicht von der Standortgebundenheit beeinflusst wird, indem einerseits vom Standort der Interviewten und andererseits vom Standort der Forschenden auszugehen ist (ebd.). Hierin nimmt die Unterscheidung der Beobachterrolle erster und zweiter Ordnung bei der Identifikation von Werten einen bedeuten Stellenwert ein, in der der Beobachter erster Ordnung seine Beobachtungen aus der Perspektive seiner eigenen Werthaltung einnimmt. Der Beobachter zweiter Ordnung sieht „unzweifelhaft“, dass die Werte in der Kommunikation nicht unmittelbar expliziert werden, sondern dass die Interviewten in einer indirekten Weise mit ihnen kommunizieren (vgl. Luhmann, N. 1997, S. 1123).

vanz. Bei diesen Motiven handelt es sich um sogenannte „*um-zu-Motive*“, die gesellschaftlich institutionalisiert bzw. „objektiviert“ sind und die explizit bzw. „wörtlich“ zum Ausdruck gebracht werden. Dieses kommunikative Wissen wird vor allem in den Textsorten der Argumentation und der Bewertung sichtbar. Dennoch verweist das Zusammenspiel der hier genannten unterschiedlichen Textsorten auf die Tatsache, dass Menschen sich stets in beiden sprachlichen Ebenen bewegen (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 42 f.). Mannheim (1980) bezeichnet dies als „Verquickung“ zwischen Verhaltens- und Erfahrungsweisen gegenüber den Dingen.

„[...] nicht nur Religionen, sondern alle geistigen Realitäten des Lebens sind in dieser doppelten Weise erfahrbar geworden, und dadurch gibt es auch in jedem Einzelbewusstsein eine solche Verquicktheit zweier Verhaltens- und Erfahrungsweisen den Dingen gegenüber. Dadurch widerspiegelt sich aber im Einzelbewusstsein eine Spaltung, die möglicherweise in einer objektiven Spaltung der Gemeinschaft ihren Ursprung haben kann.“ (Mannheim, K 1980, S. 296).

Als eine übergreifende, über allen anderen stehende Interpretationstechnik schließlich beschreiben die Autoren Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014) das Identifizieren von „homologen Sinnstrukturen“⁴⁹, welche die einzelnen, unterschiedlichen Themen miteinander verbinden und durch die Sinnstrukturen wie Sinnmuster über alle Themen eines Diskurses hinweg immer wieder artikuliert werden (ebd.). Bohnsack (2014) nimmt in diesem Zusammenhang Bezug auf die Bedeutung der Grundlagen des narrativen Interviews, die den Erzählenden dazu bewegen, seine Erfahrungen in all den für ihn bedeutenden Relevanzen entfalten zu können (vgl. Bohnsack, R. 2014, S. 94).

Komparative Sequenzanalyse

In der vorliegenden Untersuchung wird der fortlaufende systematische Vergleich von Fällen bzw. Einzelinterviews als zentrales Element der Erkenntnisgewinnung herangezogen, indem sowohl mehrere Textpassagen eines Interviews als auch thematisch gleiche Textabschnitte unterschiedlicher Interviews miteinander verglichen werden. Mit dem Ziel einer immer stärkeren systematischen Durchdringung werden die Fälle auf diesem Wege einer vertiefenden Analyse unterzogen und erreichen ein höheres Abstraktionsniveau der Fallbeschreibung (vgl. Kleemann, F. et

⁴⁹ Die Grundannahme zur Methode narrativer Interviews geht davon aus, dass die interviewten Personen in einer erzählenden Art und Weise ihre Lebensgeschichten reproduzieren, so wie sie diese auch erfahren haben. Diese lebensgeschichtlichen Erfahrungen sind für die Erzählenden in ihrer Identitätsentwicklung konstitutiv und somit handlungsrelevant. Insofern kann diese Grundannahme auch als „Homologie von Erzähl- und Erfahrungskonstitution“ bezeichnet werden, die dann unmittelbar gegeben ist, wenn eine Stegreiferzählung vorliegt (vgl. Bohnsack, R. 2014, S. 94). Karl Mannheim hatte das Denken in Homologien als einen grundlegenden Bestandteil der dokumentarischen Methode herausgearbeitet und ordnete dem Erfassen des Homologen in verschiedenen Sinnzusammenhängen eine spezifische „Eigentümlichkeit“ zu (vgl. Bohnsack, R. 2014, S. 221).

al. 2013, S. 163). Mit Beginn der komparativen Sequenzanalyse steht in der vorliegenden Studie der Vergleich der interviewten Führungskräfte im Vordergrund, um das Ziel zu verfolgen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede ihrer jeweiligen Orientierungsmuster und ihre Handlungsorientierungen zu erfassen. Bei diesen Vergleichen geht es um die Analyse des jeweiligen Umgangs der Interviewten mit den thematischen Gegebenheiten, mit denen sie das Thema des Ausmaßes und des Einflusses der Ökonomisierung auf die Handlungspraxis der Pflege insgesamt bearbeiten. In diesem Zusammenhang bildet das sogenannte „gemeinsame Dritte“, das „*Tertium Comparationis*“, als Vergleichsmaßstab die Struktur des Vergleichs, insofern es als Thema der ersten Äußerung identifiziert worden ist (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 49). Nohl (2012) empfiehlt für leitfadengestützte Interviews als *Tertium Comparationis* jene Themen bevorzugt zu verwenden, die für den Leitfaden bereits herangezogen worden sind. Dies gilt nach Nohl (2012) sowohl für die Experteninterviews als auch für das für die vorliegende Studie vorgesehene Verfahren des problemzentrierten Interviews nach Witzel. Das *Tertium Comparationis* als Maßstab des Vergleiches ermöglicht eine empirisch kontrastierende Darstellung und verringert das Risiko, mögliche Orientierungen, die in einem Falle analysiert worden sind, unangemessen zu überhöhen und ggfs. als Maßstab für weitere Fälle anzuwenden (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 164).

Im Rahmen der fallimmanenten und der fallübergreifenden Kontrastierung werden unterschiedliche Arten der Kontrastierung zum Ausdruck gebracht. In der Anwendung einer fallimmanenten Kontrastierung innerhalb eines Einzelfalles werden differente Äußerungen zu einer thematischen Abhandlung gegenübergestellt und vor dem Hintergrund ihres dokumentarischen Sinngehaltes nach ihrem spezifischen Verhalten untersucht. Im Sinne der fallimmanenten Kontrastierung stellt sich hier die Frage, ob sich das Verhalten in unterschiedlichen Zusammenhängen – „als eine Art Muster“ – kontinuierlich durch den Fall durchzieht oder ob sich Unterschiede in der Gestaltungsfrage der unterschiedlichen Bereiche ergeben. In Abhängigkeit von dem Gegenstand der Untersuchung und der Forschungsfrage lassen sich innerhalb eines Falles minimale und maximale Kontrastierungen abzeichnen, die sich entweder auf den engen Bezug eines Themas beziehen (minimale Kontrastierung) oder die sich auf weitere Facetten eines Falles (maximale Kontrastierung) ausdehnen lassen (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 164).

In Zusammenhang mit einer fallvergleichenden Kontrastierung (fallübergreifenden) bezieht die dokumentarische Methode spezifische Merkmale einzelner Fälle ein, um auch diese in Form minimaler und maximaler Kontrastierung vor dem Hintergrund ihrer thematisch gleichen Aussagen in unterschiedlichen Fällen zu vergleichen (ebd.).

Die komparative Sequenzanalyse geht davon aus, dass in einem jeweiligen Fall eine thematische Abhandlung in einer ihr spezifischen Art und Weise (vergleichbar mit einem Rahmen) erlebt wird. Das legt nahe, dass auf einen ersten Erzählabschnitt ein ihm spezifischer Rahmen im zweiten Abschnitt folgt. Das bedeutet, dass die dokumentarische Methode die „implizite Regelmäßigkeit von Erfahrungen“ und der darin zu identifizierende dokumentarische Sinn auch über alle weiteren Sequenzen erzählter Handlungen zu finden ist. Durch diese implizite Regelmäßigkeit, die den ersten Abschnitt mit den weiteren Abschnitten verbindet, wird der dokumentarische Sinngehalt rekonstruiert. Indem eine weitere Klasse von zweiten Äußerungen aufgesucht wird, die homolog oder funktional äquivalent sind zu der zweiten Äußerung, kann diese Regelmäßigkeit weiter rekonstruiert werden (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 46).

„Die Rekonstruktion dieser Regelmäßigkeit oder Signifikanz vollzieht sich – im Sinne der dokumentarischen Methode – nun derart, dass der Interpret nach (alternativen) Anschlussäußerungen sucht, die genauso gut als sinnvolle Reaktionen auf die vorherige Äußerung gelten können.“ (Bohnsack 2007, S. 326)

Für das Verfahren der Interpretation in der vorliegenden Studie bedingt dies, dass die Forscherin nach Regeln zur Abfolge von Interaktionen und Diskursbewegungen in den Interviews mit den Akteuren sucht, nach „Reaktionen“, die sich nicht nur als thematisch sinnvoll erweisen, sondern sich auch homolog zu der empirisch gegebenen Resonanz durch die einzelnen Interviewpartner darstellen. Demnach ist die Reliabilität und Validität der Interpretation umso eher gegeben, je eher die alternativen Reaktionen auch in der Transkription zu finden sind (vgl. Przyborski, A. 2004, S. 59).

Diese Klasse der homologen Äußerungen zur empirisch gegebenen zweiten Äußerung kann im Rahmen des Vergleichs mit minimal bzw. maximal kontrastierenden Fällen bestimmt werden. Im Sinne des minimalen Kontrastes können Fälle gesucht werden, in denen zum Ausdruck gebrachte Problematiken und damit verbundene Äußerungen auch in anderen Fällen auf eine ähnlich strukturierte Weise bearbeitet worden sind. Diese Suche nach Gemeinsamkeiten setzt voraus, dass Aussagen, die zur selben Klasse gehören, einem „Vergleichshorizont“ gegenübergestellt werden, in denen kontrastierend, bzw. nicht zu dieser Klasse gehörende, andersartige Aussagen getroffen werden. In dieser Folge werden maximal kontrastierende Fälle einem Vergleich unterworfen. Bei der Identifizierung impliziter Regelmäßigkeit kann eine frühe maximale Kontrastierung eine deutliche Perspektive der Erkenntnis aufzeigen (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 46-47). Das bedeutet, dass nach der Identifikation von homologen Sinnstrukturen bzw. des Orientierungsrahmens innerhalb einer Passage die Suche nach weiteren Orientierungsrahmen innerhalb

des gleichen Diskurses erfolgen sollte, um den jeweils ursprünglichen Orientierungsrahmen im Sinne einer „Reproduktionsgesetzlichkeit“ (Oevermann) nachzuweisen und zu bestätigen. Durch diesen Schritt gelingt es, den identifizierten Orientierungsrahmen auch in weiteren Fällen zu sondieren und gleichzeitig zu verhindern, dass es sich nicht um eine Analyse einer fallspezifischen Besonderheit handelt. Hierzu empfiehlt sich, thematisch ähnliche Passagen in anderen Fällen nach dem Prinzip des minimalen Kontrastes aufzusuchen und die herausgearbeiteten Orientierungskomponenten zu einer Basistypik zu formulieren. Diese lässt sich schließlich durch das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse ableiten. Zur weiteren Spezifizierung der Basistypik werden maximale Kontraste herangezogen wie beispielsweise eine Entwicklungs-, Milieu- oder Generationstypik (vgl. Przyborski, A., Wohlrab-Sahr, M. 2014, S. 302 f.)

3.2.2.3 Typenbildung und Generalisierung empirischer Interpretationen

Einleitung

Die komparative Sequenzanalyse durchzieht den gesamten Prozess der Interpretation und dient der Bildung von Typen, auf die der gesamte Forschungsprozess abzielt. Dies soll auch in der vorliegenden Studie dazu dienen, die umfassende Breite von Variationen der rekonstruierten handlungsleitenden Orientierungen der leitenden Mitarbeiter in Management und Pflege im Feld der vollstationären Langzeitpflege abzubilden, um so zur Verallgemeinerung gelangen zu können. Hierbei wird eine Mehrdimensionalität der Typenbildung bewusst anvisiert, die sich bereits in einer relativ frühen Phase des Forschungsprozesses mit der kontrastierenden Analyse abzeichnet. Die dokumentarische Methode sieht hierzu zwei wesentliche Schritte vor, die bereits Mannheim (1980) in eine sinngenetische und eine soziogenetische Typisierung unterschieden hat (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 164 f.). Im Zuge der Typenbildung, so Bohnsack (2014), werden zur Generierung von Typiken Zusammenhänge zwischen spezifischen Orientierungen und ihren erfahrungsbasierten wie existenziellen Hintergründen herausgearbeitet (vgl. Bohnsack 2014, S. 143). Dies erfolgt, indem ein jeweiliger Fall vor dem Gegenhorizont weiterer Fälle in seine bedeutsamen Ebenen zerlegt wird (vgl. Bohnsack 2014, S. 51). Die Identifizierung negativer und positiver Gegenhorizonte ist auch für die vorliegende Studie zur empirischen Analyse der Ökonomisierung von Bedeutung, um der Frage nachzugehen, ob sich hierdurch die jeweiligen Orientierungsrahmen der Akteure zu unterschiedlichen Typiken spezifizieren lassen. Dies adressiert vor allem die Werthaltungen und das Ethos der Akteure, die in dieser Folge wesentliche Komponenten eines Erfahrungsraumes darstellen und diesen konstituieren.

Zur sinngenetischen Typenbildung

Die sinngenetische Typenbildung schließt unmittelbar an die reflektierende Interpretation mit dem Ziel an, die handlungsleitenden Orientierungen der leitenden Akteure im Feld der Langzeitpflege zu destillieren und darzustellen. Bei der sinngenetischen Typenbildung handelt es sich um einen themenbezogenen und fallvergleichenden Abstraktionsvorgang der in den vorangegangenen Analysen rekonstruierten Orientierungsrahmen. Die sinngenetische Typenbildung zeigt Unterschiede auf, nach denen Personen spezifische Themen vor dem Hintergrund ihrer Orientierung in unterschiedlicher Weise bearbeiten (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 164 f.). Hierbei kommt der Forscherin in der Studie die Aufgabe zu, den jeweils fallspezifischen Orientierungsrahmen, in dem die Art und Weise der Problembearbeitung der Ökonomisierung und deren Folgen für die Praxis dargestellt wird, zu identifizieren.

Dieser Orientierungsrahmen kann sich entweder von anderen Fällen abheben oder lässt sich in anderen Fällen wiederfinden. Wenn sich in mehreren Fällen eine bestimmte Art der Problembearbeitung identifizieren lässt und diese sich durch eine andere Art und Weise der Bearbeitung von weiteren, anderen Fällen – sozusagen als kontrastierender Orientierungsrahmen – zeigen, lässt sich diese Art der Bearbeitung (Orientierungsrahmen) vom Einzelfall ablösen und zu einem Typus herausarbeiten (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 7). Die kontrastierenden Orientierungsrahmen der Vergleichsfälle bekommen durch die sinngenetische Typenbildung eine eigene, sinnhafte Bedeutung und können so vom Einzelfall gelöst und zu Typen herauskristallisiert werden. Durch die Abstraktion der einzelnen Orientierungsrahmen und die damit verbundene sinngenetische Typenbildung zeigt sich, in welchen unterschiedlichen Orientierungsrahmen die interviewten Personen die einzelnen Problemstellungen der vorliegenden Studie bearbeiten (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 51-52).

Zur soziogenetischen Typenbildung

Während in der sinngenetischen Typenbildung unterschiedliche Orientierungsrahmen der Bearbeitung einer Problemstellung in unterschiedlichen Fällen herausgearbeitet und typisiert werden, stehen in der soziogenetischen Typenbildung spezifische Erfahrungshintergründe und die Entstehungsgeschichte, d. h. die Soziogenese der Orientierungsrahmen, im Vordergrund der systematischen Analyse. Ziel der dokumentarischen Methode ist es, Typiken in mehreren Dimensionen konjunktiver Erfahrungsräume und Orientierungen zu entwickeln, sodass sich beispielsweise Erfahrungsräume, die vor dem Hintergrund generations- und geschlechtsspezifischer Erfahrungen entstanden sind, abzeichnen können (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 7 f.). Durch das Entstehen

dieser mehrdimensionalen Typenbildung, die über eine eindimensionale Bedeutungsebene hinausreicht, kann ein Fall unterschiedliche Dimensionen oder Erfahrungsräume aufweisen. Hierdurch werden unterschiedliche Typiken in ihrer wechselseitigen Modifikation, in ihrer „Überlagerung“ und in ihrer „Verschränkung“ sichtbar (vgl. Bohnsack, R. 2014, S. 154). In diesem Sinne ist die Frage der soziogenetischen Typenbildung als eine themenübergreifende und fallvergleichende Abstraktion zu betrachten, die in die bereits rekonstruierten Orientierungsrahmen weitere Perspektiven im Sinne der Kontrastierung einbezieht. In diesem Sinne geht die soziogenetische Typenbildung auch in der vorliegenden Studie der Frage nach den sozialen Zusammenhängen und der Genese eines Orientierungsrahmens nach und fragt somit nach dem Erfahrungshintergrund bzw. nach dem Erfahrungsraum, dessen Genese für den Habitus der Akteure in Management und Pflege entscheidend ist. Im Rahmen der soziogenetischen Typenbildung wird ein bestimmter Typus innerhalb einer Typologie verortet, indem seine Beziehung zu den anderen Typen oder Typiken wie beispielsweise Milieu-, Geschlechts-, Generations- und Bildungstypiken herausgearbeitet wird (vgl. Bohnsack, R. 2013 S. 248 f.). Hierdurch werden Kontraste in der Gemeinsamkeit gebildet, die einen Ausgangspunkt für eine mehrdimensionale Typenbildung erlauben. Die Auswahl der Dimension für die Typenbildung bezieht sich demnach sowohl auf den Forschungsrahmen als auch auf die Struktur des Samples, die genau diese Vergleiche ermöglicht (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 56). So können thematisch unterschiedliche Textpassagen aus unterschiedlichen Fällen in Bezug auf das *Tertium comparationis* verglichen und die „Konstellation einzelner Orientierungsrahmen zueinander“ sowie ihre sozialen Zusammenhänge und ihre Genese erfasst werden (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 166). Durch den Einbezug der Interpretation mehrerer Fälle, in denen weitere Orientierungsrahmen rekonstruiert werden, steigt die Mehrdimensionalität der Analyse in ihren Variationen der angewandten *Tertia Comparationis* und damit auch die „Fruchtbarkeit des empirischen Vergleichs“ (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 53). Im Rahmen der Interpretation von leitfadengestützten Interviews wird durch diesen Prozess der Mehrdimensionalität die Validität der Forschung erhöht, indem – neben den berechenbaren, bereits einkalkulierten Typiken – sich weitere Typiken abzeichnen, die zu Beginn noch nicht absehbar gewesen sind, sodass der Forschungsprozess hierdurch innovative Elemente für das Desiderat bereithält (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 53). Durch diese mehrdimensionale Analyse im Rahmen der soziogenetischen Typenbildung lässt sich ein generalisierter Orientierungsrahmen herausarbeiten, der jegliche Fälle einbezieht und gleichzeitig Brüche in den Orientierungsrahmen sichtbar werden lässt. Hierdurch ist es möglich, eine Typologie zu rekonstruieren, die dazu in der Lage ist, das WIE abzubilden, in der Frage, wie die soziale Wirklichkeit durch die befragten Akteure vor dem Hintergrund ihres Alltagswissens und ihrer Erfahrungen hergestellt wird (vgl. Kleemann, F. et al.

2013, S. 168). In diesem letzten Schritt der soziogenetischen Typenbildung rückt die Abgrenzung der Basistypik von den anderen Typiken in den Fokus. Hierbei ist zu beachten, dass eine Typik als umso valider zu bezeichnen ist, je genauer sie sich von anderen Typiken abgrenzen lässt. Im Rahmen der Rekonstruktion der Soziogenese einer Basistypik ist diese erst abgeschlossen, wenn nachgewiesen werden kann, in welchen Fällen die Basistypik systematisch nicht auftritt (vgl. Przyborski, A., Wohlrab-Sahr, M. 2014, S. 305).

Generalisierung empirischer Interpretationen

In der dokumentarischen Methode bedeutet der Begriff der Generalisierung vor allem die Generalisierungsfähigkeit einer Typik. Dies setzt voraus, dass sie in ihrer „Überlagerung bzw. Spezifizierung durch andere Typiken bestätigt wird“ und dadurch immer deutlicher und auf immer abstrakteren Ebenen hervorgehoben werden kann (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 57). Die Zielsetzung dieser generalisierten und „theoretisch fruchtbaren“ Abstraktion wird dadurch erreicht, dass die soziogenetischen Orientierungen der im Sample aufgenommenen Interviewpartner systematisch einer Kontrastierung unterzogen werden, sodass die Typologie alle möglichen Orientierungen in ihrer gesamten Breite, ihrer vielseitigen „Verflochtenheit“ und in ihren möglichen „Überlappungen“ kontrastiert und erfasst (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 185). Nach Bohnsack gelingt erst auf diesem Wege der mehrdimensionalen Typenbildung die Generalisierung des einzelnen Typus, der hier zunächst als Basistypik erfasst wird. Die Generalisierung ist davon abhängig, dass der Typus von anderen möglichen Typen abgegrenzt werden kann, unabhängig von der Ausrichtung der Spezifizierung, die vom Basistypus ausgeht (vgl. Bohnsack, R. 2013).

In der weiteren Entwicklung des Verfahrens der dokumentarischen Methode hat sich die komparative Analyse und Typenbildung inzwischen in einer weiteren Entwicklung ausdifferenziert. Neben der sinn- und soziogenetischen Typenbildung, die sich mittlerweile über die Milieus von Gruppen hinaus auch auf Organisationen bezieht, haben sich weitere, neue Formen von Typiken gebildet (vgl. Bohnsack, R. et al. 2013, S. 24). Durch diese mehrdimensionale Typenbildung können sich sowohl Grenzen als auch Reichweiten einzelner Typiken abzeichnen, die sich zu generalisierungsfähigeren empirischen Aussagen verdichten lassen (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 8). Insgesamt, so Bohnsack, kann mit dieser Form der mehrdimensionalen Typenbildung das in der rekonstruktiven Sozialforschung vorherrschende Problem der Generalisierung durch die Spezifizierung der empirischen Ergebnisse behoben werden (ebd.).

3.3 Methodisches Vorgehen der Untersuchung

Im Folgenden soll auf das methodische Vorgehen der Untersuchung eingegangen werden. Hierzu greift die Studie auf das sozialtheoretische Konzept der Feldtheorie Bourdieus zurück, das als Reflexionsfolie für die Ökonomisierung von Teilsystemen dient, in denen sich eine Zunahme der Bedeutung wirtschaftlicher Logik immer stärker abzeichnet. Anhand der empirischen Untersuchung soll mithilfe von theoriegenerierenden problemzentrierten Interviews ein erster wissenschaftlicher Zugang zur wirtschaftlichen und fachlichen Steuerungspraxis der vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen vorgenommen und auf mögliche Folgen für die Versorgungspraxis sowie auf das berufliche Selbst- und Wertverständnis der Akteure eingegangen werden. Mithilfe der dokumentarischen Methode sollen hierzu Erkenntnisse aus der Alltagspraxis der Akteure gewonnen werden, die jenseits der subjektiv angeführten Deutungen der Interviewpartner einen weit tieferen Blick in die Zusammenhänge zwischen den gesellschaftlichen Strukturen und den individuellen wie kollektiven Handlungen erlauben (vgl. Kleemann, F. et al. 2013, S. 155). Hierzu dient aus wissenssoziologischer Perspektive das konjunktive, milieuspezifische Wissen, das lediglich zu erschließen ist, indem Erzählungen, Beschreibungen und Beobachtungen in die jeweilige Handlungspraxis der Akteure einführen und uns mit ihr vertraut machen. Die dokumentarische Methode ermöglicht einen methodischen Zugang zu diesem konjunktiven, milieuspezifischen Orientierungswissen (vgl. Bohnsack et al. 2013, S. 15). Daher erfolgt die Datenauswertung der leitfadengestützten, narrativen Interviews mithilfe der dokumentarischen Methode, die nach Bohnsack (2007) zwischen einer „theoretischen“ und „praktischen“ Handlungslogik zwischen einem „impliziten“ und einem „expliziten“ Wissen der Akteure unterscheidet (vgl. Bohnsack, R. 2007, S. 322). Die Wahl der Methode folgt einem interpretativen Paradigma, das über die Reproduktion von Alltagsanforderungen hinausgeht und auf einen empirisch fundierten Zugang zu einer tiefer liegenden, eigenen Bedeutung von „Orientierungen“, Werthaltungen und Werthorizonten der Befragten vordringt (vgl. Bohnsack, R. 2006, S. 145). An dieser Stelle unterscheidet sich die von Bohnsack entwickelte dokumentarische Methode von Analysezugängen gegenüber anderen methodischen Verfahren, in denen die Aussagen der Akteure „wörtlich“ genommen werden (vgl. Bohnsack, R. 2007, S. 322 f.). Daher, so Bohnsack (2006) besteht die Notwendigkeit einer „praktischen Hermeneutik“, um zwischen einer theoretischen und einer praktischen Beziehung der Akteure zur Welt unterscheiden zu können.

„Erst die genaue Kenntnis dieser praktischen Logik – der Logik des Handelns jenseits der Theorien, welche die Akteure in Wissenschaft und Alltag über ihre eigene Praxis haben – schafft die Bedingun-

gen der Möglichkeit für eine Beurteilung und Bewertung dieser Praxis und für eine mögliche Einflussnahme auf diese.“ (Bohnsack, R. 2006, S. 135)

Hierzu wird zur Auswertung der empirisch bisher kaum erforschten ökonomischen Situation und deren Folgen für Management und Pflegende in der Praxis der vollstationären Langzeitpflege auf die von Bohnsack entwickelte dokumentarische Methode von Analysezugängen zurückgegriffen. Sie erlaubt einen Zugang zu der Ebene des „[...] impliziten – begrifflich nicht so ohne weiteres artikulierbaren – Wissens [...], zu einer tiefer liegenden Semantik dieses handlungsleitenden Wissens [...]“ der Interviewten (vgl. Bohnsack, R. 2006, S. 152). Insbesondere dieses stillschweigende, implizite Wissen markiert die Möglichkeiten und Grenzen von wirtschaftlichen Maßnahmen in der Versorgungspraxis der vollstationären Langzeitpflege sowohl für die Verantwortlichen des Managements als auch für die Pflegenden als Orientierungsrahmen. In diesem Rahmen lassen sich die folgenden forschungsrelevanten Dimensionen abzeichnen:

- Die Bedeutung der betriebswirtschaftlichen Handlungslogik und deren Folgen für die Versorgungsstrukturen sowie das Versorgungshandeln der Akteure in der Versorgungspraxis der stationären Langzeitpflege;
- die Bedeutung der Ökonomisierung für die Werthaltungen und das Ethos der Akteure und deren Auswirkung auf die Versorgungspraxis;
- die Bedeutung der Ökonomisierung auf das soziale Gefüge und die habituellen Aspekte der Pflege im Feld der vollstationären Langzeitpflege.

Analog der vorliegenden forschungsleitenden Fragestellungen ist hier zu rekonstruieren, inwiefern ökonomischer Handlungsdruck überhaupt eine Rolle spielt, welche wirtschaftlichen Zielvorgaben im Sinne von „Verlustvermeidung und Gewinnerzielung“ formuliert und damit transparent gemacht werden und welche Umsetzungsstrategien zur Einhaltung derselben in den Einrichtungen angewendet werden. Von besonderem Interesse ist die Frage nach dem Ausmaß der ökonomischen Anforderungen, welche die pflegerische Handlungspraxis bestimmt sein lässt. Diese Perspektive zielt vor allem auf die implizite Orientierung des Managements und der Pflegenden, verbunden mit dem Interesse danach, inwiefern die Akteure in ihrem eigenen Leistungshandeln Aspekte der Ökonomisierung reproduzieren und damit den betrieblichen Versorgungsalltag unter den Effektivitäts- und Effizienzkriterien stabilisieren oder ob Grenzen ökonomischer Anpassungen durch die Akteure wahrgenommen, formuliert und ggfs. gezogen werden.

Aus der pflegefachlichen Perspektive gilt es, das tatsächliche Ausmaß des Einflusses ökonomischer Rationalität auf die pflegerische Handlungs- und Gestaltungspraxis zu rekonstruieren.

Von zentraler Bedeutung sind auch hier die impliziten Handlungsorientierungen der Akteure. In diesem Zusammenhang stehen Fragen nach den Handlungsmotiven, den Werten und deren Umsetzungsrelevanz sowie Fragen zu den Folgen der Ökonomisierung auf die Werthaltungen und das berufsethische Empfinden im Vordergrund. Fragen nach Möglichkeiten einer ethischen Unterstützung zur Stärkung des sozialen Gefüges durch die Einrichtungen runden die Rekonstruktion der Untersuchung ab.

3.3.1 Das Interviewverfahren in der qualitativen Sozialforschung

Der überwiegende Anteil qualitativer Forschung vollzieht sich im deutschsprachigen Raum durch die Anwendung verschiedener Varianten qualitativer Interviews. Seit den Entwicklungen der letzten Jahre werden nicht nur in Deutschland, sondern auch im amerikanischen Raum schätzungsweise 90 Prozent aller sozialwissenschaftlichen Forschungsdaten durch qualitative Interviews generiert. In der Forschungspraxis wird hierzu vor allem auf das Experteninterview zurückgegriffen (vgl. Flick 2006, S. 215).

Im Gegensatz zu den standardisierten Befragungen im Bereich der statistisch orientierten Sozialforschung, die durch standardisierte Fragen der Hypothesenüberprüfung dienen, wurden die derzeit verfügbaren Interviewmethoden als Alternative zur standardisierten Befragung entwickelt, um den Interviewpartnern in der Forschungspraxis mehr Freiraum in der Befragung zu gewähren, sodass sie selbst ihre Sichtweisen beschreiben können. Mit dieser Offenheit für die Lebenswelt und die Referenzsysteme der zu Beforschenden wird eine besondere Qualität verbunden, die im metaphorischen Sinne ein Vordringen in den Geist des Anderen und seine Welt erlaubt (vgl. Flick 2006, S. 216 f.). Im Bereich der qualitativen Sozialforschung gelangen unterschiedliche Formen von Interviews zur Anwendung, die sich durch ihre jeweils differierenden Strukturierungsgrade voneinander abgrenzen lassen. Nohl (2012) unterscheidet zwischen einer Vielfalt von Interviewarten, die sich vom „thematischen“, „problemzentrierten“, „biographischen“ und „fokussierten“ Interview über das „Experteninterview“ bis hin zum „Tiefen-“ und „Leitfadeninterview“ erstreckt. Auch wenn sich nuancierte Unterschiede in den einzelnen Interviewarten abzeichnen, so lässt sich doch eine Gemeinsamkeit erkennen, die sich vor allem in der Offenheit der Kommunikation manifestiert. Diese Offenheit der Kommunikation trägt im Rahmen des rekonstruktiven Paradigmas empirischer Sozialforschung zur Hypothesengenerierung bei (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 13 f.). Dennoch bedeutet dieser Umstand nicht, dass auf eine Strukturierung von Interviews gänzlich verzichtet werden müsste. Deutlich wird dies am leitfadengestützten Interview, das nach einer erzählauffordernden Eingangsfrage mehrere erkenntnis-

leitende Aspekte in den Interviewleitfaden aufnimmt, die in Form von Nachfragen durch die Forscher in das Interview integriert werden. Durch seinen narrativen, erzählgenerierenden Charakter bietet die leitfadengestützte Interviewform die Möglichkeit, Erzählungen der Interviewten zu ihren persönlichen Erfahrungen „hervorzulocken“ und sind durch diese Charakterisierung als „narrativ fundiert“ anzusehen. Gleichzeitig müssen die interviewten Personen sich auch an den Vorgaben des Untersuchungsinteresses orientieren (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 14 f.).

In der Auseinandersetzung mit der vorliegenden Forschungsfrage, inwiefern sich mit den steigenden Marktanforderungen die Praxis der Versorgung in der vollstationären Langzeitpflege verändert hat, bietet sich zur empirischen Rekonstruktion ein leitfadengestütztes Interview an. Besonders eignet sich hierzu eine narrativ fundierte Interviewform, die vor dem Hintergrund der wissenssoziologischen Perspektive das implizite Wissen, das den Akteuren zwar bekannt ist, aber von ihnen selbst nicht expliziert werden kann, durch die Forscherin zur Explikation gebracht werden soll. Durch diese Rekonstruktion des impliziten Wissens, soll ein Zugang zur Handlungspraxis in der Praxis der Versorgung der vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen aus der Sicht der Akteure ermöglicht werden.

3.3.2 Das leitfadengestützte Interview

Die vorliegende empirische Untersuchung zur Ökonomisierung der vollstationären Langzeitpflege orientiert sich an einer gesellschaftlich relevanten Problemstellung, zu der die Forscherin aufgrund ihrer berufsbiografischen Hintergründe sowohl auf ein theoretisches als auch auf ein praktisches Vorwissen über den Forschungsgegenstand zurückgreifen kann. Zur empirischen Fundierung der impliziten Vorannahmen besteht jedoch die Anforderung der vorliegenden Arbeit darin, auf die individuellen Darstellungen der befragten Akteure in der Auseinandersetzung mit ihrer eigenen erfahrenen sozialen Realität in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege zurückzugreifen. Daher bietet sich eine Methode des Interviewverfahrens an, die sich im Kern an einer narrativen, erzählenden Kommunikation der Interviewten orientiert.

Narration von Interviews

Der Schwerpunkt der Offenheit in der Kommunikation findet in der sogenannten Narration nach Schütze seinen Ursprung, aus der heraus die Methode des biografischen Interviews entwickelt worden ist. Wenngleich das autobiografische Interview in seiner primären Funktion durch eine Art der Stegreiferzählung charakterisiert ist, so können auch „thematisch gebundene“ Erzählungen mit dem Instrument des narrativen Interviews erwirkt werden. In diesem Sinne weisen

sowohl das biografische Interview als auch das leitfadengestützte Interview Gemeinsamkeiten auf, die insbesondere in der Methode des problemzentrierten, qualitativen Interviews nach Witzel deutlich werden. Das biografische Interview ist besonders durch die ausgiebige Erzählung zu Beginn des Interviews geprägt, die erst in einem weit späteren Verlauf durch argumentative Fragen am Ende des Interviews ergänzt wird (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 20). Im Gegensatz hierzu gestaltet sich in der leitfadengestützten Form des Interviews nach Witzel – in Abhängigkeit der jeweils gegebenen Interviewsituation – ein Wechsel zwischen Fragen des Interviewers, die einen erzählgenerierenden Stimulus setzen und Fragen, die das dialogische Vorgehen fördern.

Handlungstheoretischer und methodologischer Bezugsrahmen

Sowohl der handlungstheoretische als auch der methodologische Bezugsrahmen des narrativen Interviews ist dem Einfluss der phänomenologischen Soziologie (Alfred Schütz) und dem „symbolischen Interaktionismus“⁵⁰ zu verdanken. Der Zugang zu den unterschiedlichen Ebenen des Alltagshandelns ist durch den Modus der „Erzählung“ zu erwirken, der als eine vertraute Möglichkeit wahrgenommen wird, selbst Erlebtes und selbst Wahrgenommenes anderen mitzuteilen. Im Rahmen der Entwicklung der Methode des narrativen Interviews ist durch Schütze eine sprachsoziologisch fundierte „Theorie des Erzählens“ entstanden, die in einer späteren Entwicklung in Zusammenhang mit der Analyse von biografisch relevanten Alltagserfahrungen zur Anwendung gekommen ist (vgl. Bohnsack, R. 2014, S. 93 ff.). Die Kategorien, die sich im Bereich des Erzählens entwickeln, erlauben eine Auskunft über Struktur und formalen Aufbau von Erzählungen zu den relevanten Alltagserfahrungen und geben Auskunft über die damit verbundene Identitätsentwicklung und die „Habitusformation“ des Erzählers. Bohnsack definiert dies wie folgt:

„Derartige formale oder metatheoretische Kategorien sind – wie gesagt – Voraussetzung für eine empirische Analyse, bilden das „Gerüst“ für eine Empirie, die sich nicht von Hypothesen leiten lässt, die also rekonstruktiv vorgeht“ (Bohnsack, R. 2014, S. 94).

Die erzähltheoretischen Grundlagen des narrativen Interviews beruhen auf der Grundlage des freien Erzählens, indem der Interviewte in einer Art „Stegreiferzählung“ versetzt wird, in welcher er nicht über den Verlauf seiner Erzählung bewusst reflektiert, sondern diese intuitiv vornimmt

⁵⁰ Der symbolische Interaktionismus ist eine soziologische Theorie, die sich im Rahmen der Mikrosoziologie mit der Interaktion zwischen Personen beschäftigt. Die Theorie des symbolischen Interaktionismus findet seinen Ursprung in den 1950er-Jahren der Sozialphilosophie der Chicagoer Schule (Georg Herbert Mead) in den USA und fragt nach dem Aufbau symbolisch vermittelnder Interaktionen und der damit verbundenen Rolle der Deutungsprozesse der jeweils beteiligten Personen. Die Frage danach, wie soziale Phänomene durch den Gebrauch von Symbolen konstituiert werden, nimmt dabei eine zentrale Rolle ein (vgl. Keller, R. 2009, S. 46).

und umsetzt. Hierdurch entsteht nach Schütze (1977) eine „Selbstläufigkeit“ des Erzählens, in welcher der Interviewte sich unmittelbar in den rein „narrativen Sequenzen“ äußert und nicht infolge einer vorangegangenen theoretisch reflektierten Form (vgl. Bohnsack, R. 2014, S. 96). Im Unterschied zum Verlauf eines biografischen Interviews, in dem die Interviewten ihre Erzählungen frei gestalten können, sind diese in einem leitfadengestützten Interview angehalten, sich an den Untersuchungsinteressen der Forscher zu orientieren. An dieser Stelle sei allerdings darauf hingewiesen, dass im Verlaufe eines leitfadengestützten Interviews erst dann eine neue Thematik durch den Forscher eingeleitet wird, nachdem der Interviewte alles das geschildert hat, wozu er durch die vorangegangene Fragestellung angeregt worden ist (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 13). Dennoch ist beiden Interviewformen gemeinsam, dass der Interviewer neben dem Interesse an „Meinungen“, „Einschätzungen“, „Alltagstheorien“ und „Stellungnahmen“ der Interviewten vor allem Erzählungen zu persönlichen Erfahrungen zu initiieren versteht, um damit der narrativen Fundierung sowohl im biografischen als auch im leitfadengestützten Interview Rechnung zu tragen (ebd.).

Der Leitfaden dient in dieser Anwendung nicht nur als Orientierungsrahmen für das Interview, sondern auch der Gewährleistung einer Vergleichbarkeit. Dennoch, so Nohl (2012), ist der Gebrauch eines Leitfadens nicht mit einem Standardisierungsverfahren einer Befragung zu verwechseln, da er unerwartete Themenwechsel während des Verlaufes eines Interviews ausdrücklich erlaubt und die Interviewten dazu anregt, ihre Schilderungen und Darstellungen im Kontext ihrer Entscheidungen im Praxisalltag zu erzählen (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 15).

Da auch in der Forschungspraxis der vorliegenden Untersuchung mit einer unterschiedlich ausgeprägten Kompetenz der Interviewpartner und ihrer unterschiedlichen „Eloquenz“ zur reflexiven Auseinandersetzung mit dem Gegenstand gerechnet werden kann, ermöglicht das problemzentrierte Interview nach Witzel den Umständen entsprechend differenziert auf die Interviewpartner einzugehen. Hierzu bietet sich für die Forscherin an, entweder verstärkt auf die Narration zurückzugreifen oder die Kommunikation durch Nachfragen zu unterstützen. Die Grundpositionen des problemzentrierten Interviews sollen im nachfolgenden Abschnitt vertiefend dargestellt werden.

3.3.3 Das problemzentrierte Interview nach Witzel

In der vorliegenden Untersuchung soll – ausgehend von der These des ökonomischen Strukturwandels im Bereich der gesundheitlichen Versorgung – auf Wissensbestände der Akteure im Feld der vollstationären Langzeitpflege zurückgegriffen werden. Zur Ermittlung dieser Wissens- und

Erfahrungsbestände hinsichtlich des Ausmaßes der ökonomischen Anforderungen und deren Konsequenzen für die pflegerische Versorgungspraxis in der vollstationären Langzeitpflege erweist sich das problemzentrierte Interview vor dem Hintergrund der gesellschaftlich relevanten Problem- und Fragestellung als geeignete Methode.

Durch die Stellung der Interviewpartner in der Verantwortungspraxis der vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen sind sie in unterschiedlicher Weise an der Vorbereitung und Umsetzung von Entscheidungen im Rahmen der Organisationssteuerung sowie in weitgefassten Fragestellungen zu unterschiedlichen Problemlösungen maßgeblich beteiligt. Sie verfügen über detailliertes Wissen interner Strukturen, Prozesse und Ereignisse innerhalb der Organisationen, das mithilfe eines leitfadengestützten, narrativen Interviews offengelegt werden soll (vgl. Meuser, M., Nagel, U. 1991, S. 443 f.).

Bei einem problemzentrierten Interview handelt es sich um ein offenes, halbstrukturiertes Interview, das die Interviewpartner möglichst frei zu Wort kommen lässt, aber dennoch eine spezifische Problemstellung fokussiert. Daher verweist der Interviewer in einem problemzentrierten Interview innerhalb der Gespräche immer wieder auf das zugrunde liegende Problem und bezieht Begründungen, Erklärungen, Urteile und Meinungen der Interviewpartner explizit mit ein. Das bedeutet auch, dass der Interviewer die im narrativen Interview gebotene Zurückhaltung ggfs. auch aufgeben kann, um eine stärkere Strukturierung des Gespräches zu gestalten. Witzel entwickelte die Interviewform im Rahmen eines problemzentrierten Forschungsprojektes im Jahre 1982 als Teil einer Methodenkombination aus Interview, biografischer Methode, Gruppendiskussion und Fallanalyse. Die Grundpositionen des problemzentrierten Interviews lassen sich nach Witzel (2000) wie folgt skizzieren:

- Die Problemzentrierung orientiert sich an einer gesellschaftlich relevanten Problemstellung, die durch den Forscher theoretisch untersucht wird. Der Forscher entwickelt Fragestellungen, die am Problem orientiert sind und dem Kommunikationsverhalten eine immer präzisere Struktur in Richtung des Forschungsproblems verleiht.
- Die Gegenstandsorientierung stellt die Bedeutung der Flexibilität gegenüber den unterschiedlichen Anforderungen des Untersuchungsgegenstandes heraus. Die biografische Methode verweist auf den Aspekt und die Bedeutung der Entwicklung von Deutungsmustern in der individuellen Auseinandersetzung der Befragten mit der sozialen Realität. Die Gesprächstechniken können flexibel eingesetzt werden, um der jeweils unterschiedlich ausgeprägten „Reflexivität“ und „Eloquenz“ der Interviewten Rechnung zu tragen. Hierzu bietet sich je nach Interviewpartner an, entweder stärker auf die Form der Narration zurückzugreifen oder aber zur Unterstützung der Kommunikation durch Nachfragen das Dialogverfahren zu verstärken.

- Die Prozessorientierung bezieht den gesamten Forschungsverlauf mit ein. Im Vordergrund steht eine sensible Gestaltung der Vertrauensförderung durch den Forscher, um die Rekonstruktion von Orientierungen und Handlungen der Befragten durch Vertrauen und Offenheit evozieren zu können. Diese Grundbasis des Interviewverfahrens fördert die Erinnerungsfähigkeit der Interviewten und motiviert die Interviewpartner zur Selbstreflexion, indem sie in einer „geschützten“ Atmosphäre ihre Kooperation mit dem Interviewer entwickeln können. Die Förderung der Gesprächsentwicklung durch den Interviewer wird durch die Anregung zur Erzählung unterstützt und verhindert, dass die Interviewten „isolierte Antworten“ auf „isolierte Fragen“ geben müssen. Sie ermöglicht die „Künstlichkeit der Forschungssituation“ abzubauen. Mögliche Redundanzen, Widersprüchlichkeiten und Korrekturen durch die Interviewpartner können durch Nachfragen aufgeklärt werden. Sie können allerdings auch Ausdruck von Orientierungsproblemen, widersprüchlichen Interessen und/oder Entscheidungsdilemmata sein (vgl. Witzel, A. 2000)

Die folgenden klassischen Instrumente des problemzentrierten Interviews nach Witzel sollen auch im vorliegenden Forschungsprozess zur Durchführung der Interviews angewendet werden:

- Der *Kurzfragebogen* dient der Ermittlung von Sozialdaten (Alter, Beruf etc.).
- Der *Leitfaden* dient als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen und begleitet den Kommunikationsprozess. Er dient außerdem der Überprüfung, inwieweit einzelne Elemente im Laufe des Interviews bearbeitet worden sind und er dient darüber hinaus der Sicherung der Vergleichbarkeit der Interviews.
- Die *Tonträgeraufzeichnungen* erlauben eine authentische und präzise Erfassung des Kommunikationsprozesses während des gesamten Interviews und werden anschließend vollständig transkribiert⁵¹.
- *Postskripte* dienen der Ergänzung der Tonträgeraufzeichnungen. Skizzen über Gesprächsinhalte, Anmerkungen zu den situativen und nonverbalen Gesprächsinhalten sowie zu den Schwerpunkten des Interviewpartners werden hier handschriftlich zugefügt. Postskripte eignen sich ebenfalls für die Herausbildung von Kontrastfällen, Ähnlichkeiten oder „Gegenevidenzen“ der einzelnen Interviews (vgl. Witzel, A. 2000).

Die Interviewpraxis von Andreas Witzel (2000) erkennt in der Anwendung eines Interviewleitfadens unterschiedliche Möglichkeiten. Zunächst soll ein Impuls aus den jeweiligen Hauptthemen der Untersuchung erfolgen, der eine geeignete Erzählgenerierung in Gang setzen soll. Gleichzeitig bietet sich der Leitfaden dazu an, dass der Forscher ihn als flexibles Instrument, als

⁵¹ Auch an dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass die dokumentarische Methode (Bohnsack) nicht zwingend eine vollständige Transkription der Interviews vorsieht, sondern dass im Anschluss an den thematischen Verlauf der Interviews nur die für die Forschungsfragen relevanten Textstellen zur Transkription ausgewählt werden sollten.

Gedächtnisstütze für die vertiefende Ausgestaltung der narrativen Interviews nutzt. Witzel betont an dieser Stelle deutlich, dass die thematischen Fragen, die mit oder ohne Wortlaut vorgegeben sind, einen erzählgenerierenden Charakter aufweisen sollten, um die thematisch relevanten Erfahrungen der Interviewten über den Erzählmodus weitgehend auszuschöpfen (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 16). Im Gegensatz zum Experteninterview, das sich über den Gegenstand seines Interesses, den Experten, definiert, und das sich dadurch von anderen Interviewformen des qualitativen Interviews unterscheidet, definiert sich das problemzentrierte Interview nach Witzel – so wie das episodische oder das narrative Interview – durch seine bestimmte methodische Vorgehensweise (vgl. Bogner et al. 2014, S. 9). Im Kern vollzieht sich die methodische Praxis des problemzentrierten Interviews nach Witzel durch ein Wechselspiel induktiv-deduktiven Vorgehens der Erkenntnisgewinnung und dient damit der Theoriegenerierung. Dieser Prozess wird in der Interviewpraxis unterstützt, indem die Interviewten einerseits durch einen offenen, erzählgenerierenden Modus dazu aufgefordert werden, ihre subjektive Sichtweise der Problemsicht zu schildern und andererseits durch die Anwendung einzelner Nachfragen – sogenannte Ad-hoc-Fragen – des Interviewers Dialoge angeregt werden, welche die Narrationen unterstützen sollen.

Das von Witzel entwickelte problemzentrierte Interviewverfahren setzt seinen Schwerpunkt in der Erzählung, die das theoretische Vorverständnis des Untersuchungsgegenstandes einbezieht und so die Problemzentrierung thematisch in den Interviewleitfaden als offene themenspezifische, erzählgenerierende Impulse inkludiert, ohne jedoch die Interviewten durch die theoretischen Vorüberlegungen zu beeinflussen.

Hierzu empfiehlt Witzel für die Interviewgestaltung eine Möglichkeit des Nachfragens, indem ergänzende Fragen zum bereits angesprochenen Thema gestellt werden, um durch die eröffneten Fragen eine „allgemeine Sondierung“ und durch weitere Fragen eine „spezifische Sondierung“ zur Vertiefung der Themengebiete zu erzielen. Während die ersten Fragen narrativ und erzählgenerierend angelegt sind, dienen bei Witzel die sog. Ad-hoc-Fragen der „Zurückspiegelungen“ der „Verständnisfragen“ und „Konfrontationen“ dazu, die Interviewten dazu zu bewegen, ihre Motive und Handlungsgründe zu explizieren (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 16). In diesem Sinne dient das Vorwissen des Interviewers als heuristisch-analytischer Rahmen, der den Dialog zwischen den Interviewpartnern unterstützt (vgl. Witzel, A. 2000). Die Grundpositionen des prob-

lemzentrierten Interviews sind weitgehend an das theoriegenerierende Verfahren der „Grounded Theory“⁵² (Glaser & Strauss 1998) angelehnt (ebd.).

Die Anwendung des problemzentrierten Interviews zur Datenerhebung in der vorliegenden Studie dient dazu, die noch wenig erforschte ökonomische Situation der vollstationären Pflegeeinrichtungen und deren Konsequenzen für die Versorgungspraxis zu rekonstruieren, wenngleich den Annahmen der Auswertung des problemzentrierten Interviews von Witzel in dieser Studie nicht gefolgt werden soll. Dennoch soll auf die Anwendung des Interviewverfahrens nach dem problemzentrierten Interview Witzels zurückgegriffen werden, da es bei dem vorliegenden Forschungsvorhaben nicht vordergründig darum geht, die biografischen Aspekte zu fokussieren, sondern sich die Konzentration auf der Auswertung narrativer Interviewpassagen richtet, die eine Eigenstrukturiertheit aufweisen.⁵³ Durch die Anwendung dieser Methode der Datenerhebung soll ein Beitrag dazu geleistet werden, die lückenhafte Studienlage in den forschungsleitenden Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung zu schließen.

Zusammenfassung/Resümee

In der vorgelegten Studie soll eruiert werden, in welchem Ausmaß die Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege von den Anforderungen ökonomischer Rahmenbedingungen betroffen sind. Im Vordergrund der Studie steht das Ziel einer differenzierten Analyse zu den Folgen des marktwirtschaftlich orientierten Umbaus und den damit verbundenen Veränderungen für die Einrichtungen und die dort tätigen Berufsgruppen im Bereich des Managements und der Pflege. Bei der ausgewählten Untersuchungsmethode handelt es sich um ein rekonstruktives Paradigma, das im Gegensatz zur normativ deduktiven Theorietradition die Sichtweisen der Individuen in den Vordergrund stellt und die Lebenswelten aus der Sicht der handelnden Menschen beschreibt. Die vorliegende Untersuchung greift zur Ermittlung der Erfahrungsbestände auf das Wissen der verantwortlichen Heim- und Pflegedienstleitungen sowie deren Vertretungen zurück, die aufgrund ihrer beruflichen Stellung und ihrer beruflichen pflegerischen Sozialisation an den internen

⁵² Die Grounded Theory ist ein wissenschaftstheoretisch begründeter Forschungsstil der qualitativen Sozialforschung. Sie ist ein Verfahren, aus der sich in einer schrittweisen Entwicklung durch qualitative Datenanalysen, eine „in den Daten begründete Theorie“ induktiv entwickeln lässt. Die Grounded Theory entstand Anfang der 1960er-Jahre in Chicago durch Anselm Strauss und Barney Glaser. Die Bildung von Kategorien und das Kodieren sind zentrale Aspekte der Theorie (vgl. Strauss, A., Corbin, J. 1996).

⁵³ Auf die Kritik Nohls (2012) an der Narrationsstrukturanalyse in Verbindung mit dem problemzentrierten Interview nach Witzel wurde bereits im Rahmen der reflektierenden Interpretation von Interviews ausführlich hingewiesen (vgl. Kap. 3.2.2.2).

Sachverhalten und Entscheidungsprozessen beteiligt sind und über ein entsprechendes Einsehen verfügen.

Im Rahmen der Untersuchung sind drei inhaltliche Schwerpunkte von Interesse. Hierbei handelt es sich um (1) die Bedeutung der betriebswirtschaftlichen Handlungslogik und deren Folgen für die Versorgungsstrukturen sowie das Versorgungshandeln der Akteure, (2) die Bedeutung der Ökonomisierung für die Werthaltungen und das Ethos der Akteure und (3) die Bedeutung der Ökonomisierung auf das Sozialgefüge und die habituellen Aspekte der Pflege im Feld der vollstationären Langzeitpflege. Hierzu soll vor dem Hintergrund des Stufenmodells der Ökonomisierung nach Schimank/Volkman (2008) die konkrete Relevanz der ökonomischen Rationalität spezifiziert und eine damit verbundene mögliche Schwächung der Feldautonomie in der vollstationären Langzeitpflege empirisch erforscht werden. Zur Konkretisierung eines möglichen Autonomieverlustes steht in diesem Zusammenhang die Frage nach der Bedeutung der ökonomischen Prinzipien, der Verlustvermeidung und Gewinnmaximierung für die Einrichtungen an zentraler Stelle. In der Frage nach möglichen ökonomisch bedingten Anpassungen und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten sowie auf die handlungsleitenden Orientierungen der Akteure rückt die Analyse von Veränderungsprozessen in den Mittelpunkt der Untersuchung. Die Frage lautet, in welcher Form sich die Konsequenz wachsender Bedeutung wirtschaftlicher Interessen in den Einrichtungen der Langzeitpflege darstellt. Die Ergründung, inwiefern eine wachsende strukturelle Abhängigkeit gegenüber wirtschaftlicher Interessen auf die Motivation der professionell Pflegenden Einfluss nimmt, zieht vor allem Fragen nach den berufsethischen Implikationen sowie den Auswirkungen des beruflichen Selbst- und Wertverständnisses des Gesundheits- und Pflegepersonals sowie zu den Einflüssen auf die habituellen Aspekte im sozialen Gefüge der Pflege nach sich. Diese sollen vor dem theoretischen Hintergrund der zentralen Konzepte der Untersuchung (1) zur Theorie und Praxis pflegerischer Werthorizonte, (2) zur stationären Langzeitpflege als soziologischem Handlungsfeld sowie (3) zur Ökonomisierung des Sozialen, und hier insbesondere zur Ökonomisierung der Pflege, empirisch untersucht werden (vgl. Kap. 2).

Vor dem Hintergrund der Wissenssoziologie Karl Mannheims soll mithilfe der dokumentarischen Methode das handlungspraktische, inkorporierte Wissen der Akteure im Feld der Pflege rekonstruiert werden. Zur empirischen Erfassung gesellschaftlicher Wirklichkeit greift die dokumentarische Methode hierzu auf rekonstruktive Methoden der Sozialforschung zurück. Insbesondere auf die Konversations- und Narrationsstrukturanalyse sowie auf die objektive Herme-

neutik. Die besondere Bedeutung der rekonstruierenden Methode besteht darin, das inkorporierte, nicht explizierte Wissen der beforschten Untersuchungsgruppe zur Exploration zu bringen.

Dieser Aspekt ist für die vorliegende Untersuchung besonders da von Bedeutung, wo die Praxis der Wissenssoziologie davon ausgeht, dass Werte im Prozess der Kommunikation von den Interviewten nicht deutlich eingebracht werden, weil sie hinterfragt und geprüft werden könnten. Daher bleiben Werte und Werthaltungen latent, da sich die Akteure dem Risiko einer möglichen Zustimmung oder Ablehnung im Prozess der Kommunikation nicht aussetzen wollen. Aus diesem Grunde sind Bohnsack zufolge Werthaltungen im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung durch den Prozess einer empirischen Rekonstruktion nur unter bestimmten, ausgewählten und geeigneten Analyseverfahren zugänglich zu machen.

Die hierzu bestimmenden Analyseschritte der dokumentarischen Methode unterscheiden sich analog der Unterschiede zwischen dem kommunikativen und konjunktiven Sinngehalt der Texte. Die Rekonstruktion beginnt auf der Ebene des kommunikativ generalisierten Wissens mithilfe der formulierenden Interpretation. In einem weiteren Schritt folgt der Zugang zum konjunktiven, impliziten Erfahrungswissen der Akteure mithilfe der reflektierenden Interpretation gefolgt von einem dritten Schritt, indem eine Analyse sinngenetischer und soziogenetischer Typenbildung vorgenommen wird, die abschließend zu den Fragen der Generalisierung der Studienergebnisse herangezogen werden soll.

Zur Datenerhebung wird auf das problemzentrierte Interview nach Witzel zurückgegriffen, das als Erhebungsmethode der qualitativen Sozialforschung in einer narrativen Form die Erfahrungen, Wahrnehmungen und Reflexionen der Interviewpartner zu einem ganz bestimmten gesellschaftlichen Problem in den Mittelpunkt stellt. Die so gewonnene Datenerhebung soll dazu beitragen, die noch wenig erforschte ökonomische Situation der vollstationären Pflegeeinrichtungen und deren Konsequenzen für die Versorgungspraxis zu rekonstruieren und die lückenhafte Studienlage in den forschungsleitenden Fragestellungen der Untersuchung zu schließen.

Das angewendete Interviewverfahren reicht aus wissenssoziologischer Perspektive mit seinen narrativen, erzählgenerierenden Elementen weit über die reine Informationsgewinnung im Sinne einer Exploration hinaus und dient mit der Rekonstruktion impliziter Wissens- und Erfahrungsbeständen der interviewten Akteure einer Erkenntnisgewinnung, die eine weitere Theorieentwicklung ermöglicht. Die Auswertung der Interviews erfolgt anhand der dokumentarischen Methode nach Bohnsack, deren Erkenntnisinteresse darauf gerichtet ist, zu dokumentieren, wie Menschen, die einer spezifischen sozialen Gruppe angehören, in gesellschaftlichen Kontexten auf

eine bestimmte Art und Weise agieren. Die dokumentarische Methode der Interpretation erlaubt durch ihren empirischen Weg der Erkenntnisgewinnung tiefer liegende Begründungen und sozial geprägte Handlungsmuster zu evozieren. Diese geben Einblicke in gesellschaftliche Strukturen und Zusammenhänge, die das damit verbundene individuelle und kollektive Handeln der Menschen bestimmen. Diese Erkenntnis macht es erst möglich, hierauf einen Einfluss zu nehmen.

Das nachfolgende Kapitel 4 dient der Darstellung des Forschungsprozesses.

4 Darstellung des Forschungsprozesses

In dem vorliegenden Kapitel wird der Vollzug des Forschungsprozesses in seinen wesentlichen Einzelschritten beschrieben, damit dieser nachvollzogen werden kann. Hierzu soll mit der Reformulierung der wissenschaftlichen Fragestellung begonnen werden, um die nachfolgenden Schritte den inhaltlichen Teilabschnitten des Prozesses zuordnen zu können (vgl. Kap. 4.1). Um Überschneidungen zu vermeiden, die inhaltlich bereits im Methodenteil der Arbeit beschrieben worden sind, wird hierzu an gegebener Stelle auf die jeweiligen Passagen der zutreffenden Unterkapitel verwiesen. Im Anschluss an die Reformulierung der Forschungsfrage wird auf das Sample der Untersuchung und die forschungsethischen Aspekte eingegangen (vgl. Kap. 4.2). Im weiteren Verlauf werden die ausgewählte Interviewform und die besondere Bedeutung der Narrationsstrukturanalyse im Kontext der vorliegenden Analyse erneut hervorgehoben (vgl. Kap. 4.3). Aufgrund der ethischen Bedeutung zur Wahrung der Anonymität wird auf das Transkriptionsverfahren und die Anonymisierung der Transkripte vertiefend eingegangen (vgl. 4.4). In einer abschließenden Darstellung wird die Praxis der Rekonstruktion der empirischen Daten aufgezeigt (vgl. Kap. 4.5).

4.1 Reformulierung der wissenschaftlichen Fragestellung

Mit dem fortschreitenden Prozess der Ökonomisierung im Gesundheitswesen zeichnen sich erhebliche Veränderungen ab, die durch eine zunehmende marktwirtschaftliche Steuerung geprägt sind und das deutsche Gesundheitssystem im Rahmen einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung vor große Herausforderungen stellen. Die Verteilung von Gütern und Dienstleistungen erfolgt in zunehmendem Maße nach Kriterien marktwirtschaftlicher Logik, die sich seit der Einführung der Pflegeversicherung in einer Limitierung öffentlicher Finanzierung im Bereich der pflegerischen Versorgung manifestiert. Einige Diskussionen im Rahmen der Versorgungsforschung legen Vermutungen nahe, dass sich der Transformationsprozess wohlfahrtsstaatlicher Versorgungsprinzipien seit den 1990er-Jahren in einer Weise weiterentwickelt hat, dass die Prinzipien der Marktlogik einen immer stärkeren Einfluss auf den Versorgungszugang ausüben. Diese Entwicklung impliziert die These, dass die Bedingungen und Beschränkungen der angebotenen Gesundheitsleistungen die Versorgungsbereiche und das Handeln der professionell Agierenden beeinflussen (vgl. Bode, I et al. 2015; Slotala, L. 2011; Simon 2009). Zahlreiche Studien belegen indes, dass dahingehend negative Folgen für die Patienten in ihrem Erleben von Krankheit sowie für die Arbeitsorganisation der Pflegenden und Ärzte im stationären wie ambulanten Sektor verbunden sind (vgl. Manzei, A., Schmiede, R. 2014). Des Weiteren legen Untersuchungen, Diskus-

sionen und Interpretationsansätze im Rahmen der Qualitätsdebatte in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege nahe, dass durch den Prozess der Ökonomisierung in der Pflege die grundlegende Verbindung zwischen den Fachdisziplinen Pflege, Ökonomie und Ethik verlorenzugehen droht (MDS 2012; Friesacher 2008; Roth 2007; Manzeschke 2007; BMFSFJ 2006; Käppeli 2006). Thesen zu einer Zweck-Mittel-Verkehrung im Gesundheitswesen weisen darauf hin, dass durch die neoliberalen Strukturen nicht die Förderung gesundheitlicher Versorgung im Vordergrund steht, sondern dass ökonomische Interessen den Gesundheitsmarkt mehr und mehr bestimmen (vgl. Bode, I. et al. 2015; Slotala 2011; Kühn 2003).

Da empirische Untersuchungen zu dem Ausmaß und den Konsequenzen der Ökonomisierung für die Versorgungsstrukturen und das -handeln der Akteure in der Praxis der vollstationären Langzeitpflege seit Einführung der Pflegeversicherung nicht vorliegen, setzt sich die vorliegende Studie mit dieser Thematik auseinander.

Im Vordergrund der Untersuchung steht die Frage danach, inwiefern eine zunehmende marktorientierte Steuerungslogik die Werthaltungen und das Ethos der Pflegenden sowie das soziale Gefüge im Feld der Pflege beeinflussen und welche Folgen sich für die handlungsleitenden Orientierungen der Akteure der oberen, mittleren und unteren Managementebene ergeben. Die Untersuchung greift mit dieser Fragestellung ein Forschungsdesiderat auf, um mit den Befunden und einer anschließenden Diskussion zur Schließung dieser Lücke beizutragen.

In der weiterfolgenden Darstellung und Beschreibung des Forschungsprozesses wird an dieser Stelle der Zeitmodus geändert, da die einzelnen Fakten und Handlungen der inzwischen abgelaufenen empirischen Phase des Forschungsprozesses beschrieben werden sollen.

4.2 Das Sample der Untersuchung

Mit der Anforderung der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit, eine empirische Fundierung der impliziten Vorannahmen des Untersuchungsgegenstandes anzustreben, soll im Folgenden auf die Auswahl der Stichprobe für den empirischen Teil der Datenerhebung näher eingegangen werden. Um dies zu erreichen, wurde auf die individuellen Darstellungen der befragten Akteure in der Auseinandersetzung mit ihrer eigenen erfahrenen sozialen Realität in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege zurückgegriffen. Im Rahmen dieses rekonstruktiven Paradigmas, das die Sichtweisen der Individuen voranstellt, war es möglich, die Konstruktion der gesellschaftlichen Wirklichkeit vollstationärer Langzeitpflegeeinrichtungen unter den voranschreitenden Ökonomisierungsprozessen neoliberaler politischer Strukturen zu erfassen.

Die Stichprobe als Teilmenge von Untersuchungsobjekten bildet in der Regel die untersuchungsrelevanten Eigenschaften einer Grundgesamtheit ab und setzt die Auseinandersetzung mit der Frage voraus, wie genau sie in ihren Untersuchungsergebnissen die inferenzstatistischen Aussagen einer Grundgesamtheit repräsentiert (vgl. Bortz, J., Schuster, Ch. 2010, S. 80). In der qualitativen, empirischen Forschungspraxis erfolgt indes eine Verallgemeinerung u. a. auf analytisch, theoretischem Wege, indem aus einem theoretischen Rahmen abgeleitete Fragestellungen empirisch überprüft werden. In diesem Zusammenhang dient jede einzelne Bestätigung, entweder durch die Anwendung einer großen Zufallsstichprobe oder durch die Anwendung einer einzelnen Fallstudie, der Unterstützung und Stärkung der Theorie (vgl. Meyer, M., Reutterer, T., S. 232). Neben den traditionellen Sampling-Verfahren können Stichproben auch vor dem Hintergrund theoretischer Kriterien zusammengestellt werden, sodass sie sich hierdurch von der Zufallsstichprobe unterscheiden. Dies bedeutet, dass sich die Auswahl der zu untersuchenden Einheiten hauptsächlich nach theoretischen Vorüberlegungen vollzieht (ebd.). Zu der Auswahl der entsprechenden Stichproben im Rahmen der vorliegenden Untersuchung zum Gegenstand der Ökonomisierung in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege und deren Konsequenzen für die Versorgungspraxis wurden gezielte Vorüberlegungen zu den Einrichtungen sowie zu den ausgewählten Interviewpartnern angestellt. Als Alternative zur Zufallsstichprobe bot sich hierzu das Auswahlverfahren des theoretischen Samplings an, das im Wesentlichen dadurch bestimmt ist, dass Variationen, die sich hinsichtlich ihrer Homogenität, ihrer Heterogenität und ihrer Typik unterscheiden, den spezifischen Wert der Analyse ausmachen und begründen (vgl. Meyer, M., Reutterer, T., S. 240). Das „Theoretical Sampling“ als Verfahren, das im Rahmen der Grounded Theory von Glaser/Strauss (1967) entwickelt worden ist, bietet die Möglichkeit der Auswahl einer Stichprobe vor dem Hintergrund der theoretischen Konzepte der Untersuchung. Das Theoretical Sampling entfaltet sich entlang des methodischen Vorgehens der Untersuchung, indem sich im Wechsel zwischen Empirie und Theorie stets neue Erkenntnisse gewinnen lassen, die in den weiteren Prozess aufgenommen werden (vgl. Meyer, M., Reutterer, T., S. 241). Vor dem theoretischen Hintergrund der Untersuchung wurde zur Auswahl einer geeigneten Stichprobe für die Erkenntnisse zunächst die Identifikation spezifischer Analyseeinheiten zu den Folgen der Ökonomisierung auf die Versorgungspraxis vollstationärer Langzeitpflegeeinrichtungen vorgenommen. In diesem Zusammenhang folgte die Auswahl der Stichprobe den theoretischen Aspekten zu den Konsequenzen des ökonomischen Strukturwandels. Diese wurden vor dem Hintergrund der literaturgestützten theoretischen Annahmen und der damit verbundenen impliziten Thesen näher beleuchtet, um sie schließlich einer empirischen Darstellung unterziehen zu können.

4.2.1 Untersuchungsfeld und Auswahl der Interviewpartner

Da das spezifische Erkenntnisinteresse der vorliegenden Untersuchung bislang kaum erforscht wurde, zielte die Studie auf die Gewinnung eines detaillierten Datenmaterials. Um dem Interesse der Untersuchung an einer möglichst breit angelegten Darstellung der ökonomischen Situation in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege gerecht zu werden, erfolgte sowohl die Auswahl des Untersuchungsfeldes als auch die der Untersuchungsgruppe unter Berücksichtigung spezieller Merkmale der Heterogenität. Zu der empirischen Untersuchung konnten insgesamt fünf Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege gewonnen werden. Bei dem Träger von vier vollstationären Pflegeeinrichtungen handelt es sich um eine Stiftung eines großen christlichen Trägers in der Bundesrepublik. In die Untersuchung einbezogen wurde eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung eines diakonischen Trägers, in welcher die Voruntersuchung zur Überprüfung des Interviewleitfadens stattgefunden hatte. Obwohl vier der Einrichtungen unter einer Trägerschaft fungieren, erlaubte die Auswahl dieses Samples eine erste Möglichkeit der Kontrastierung, da sich die jeweiligen Einrichtungen unter ökonomischen Gesichtspunkten voneinander unterscheiden. Ausgewählt wurden hierzu prosperierende Langzeitpflegeeinrichtungen, Einrichtungen, die in ihrer ökonomischen Situation als ausgewogen gelten, sowie Einrichtungen, deren wirtschaftliche Situation als prekär zu bezeichnen ist. In Anlehnung an die zentralen Fragestellungen der Untersuchung zu den Konsequenzen des Ökonomisierungsprozesses auf das Feld der vollstationären Langzeitpflege wurden gemäß des Sampling-Prozesses Verantwortliche für die Leitung der Einrichtungen, des Pflegemanagements und deren Vertretungen ausgewählt, die sowohl mit den Managementprozessen der Strukturgestaltung als auch – aufgrund ihrer beruflichen Sozialisation als Pflegenden – mit den praktischen Inhalten pflegefachlicher Auseinandersetzungen vertraut sind. Es wurde davon ausgegangen, dass die ausgewählten Personen Einblick in die entscheidenden Prozesse haben, die für die vorliegende Untersuchung relevant sind. Mithilfe dieser vor allem unter wissenssoziologischer Perspektive betrachteten impliziten Erfahrungen der Akteure sollte die handlungspraktische Relevanz der ökonomischen Rationalität im Versorgungsalltag des Managements und der Pflegenden in den Einrichtungen rekonstruiert werden.

| Träger | Angebotsform | Pflegedirektion | Heimleitung | Pflegedienstleitung | Stellv. Pflege- dienstleitung |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------|-------------|---------------------|----------------------------------|
| Stiftung, Christlicher Träger | Vollstationäre Langzeitpflege | | X | X | X |
| Stiftung, Christlicher Träger | Vollstationäre Langzeitpflege | | | X | X |
| Stiftung, Christlicher Träger | Vollstationäre Langzeitpflege | | | X | X |
| Stiftung, Christlicher Träger | Vollstationäre Langzeitpflege | | | X | |
| Verein, Diakonie | Vollstationäre Langzeitpflege | X | | | |

Tabelle 3: Darstellung des Samples der Untersuchung

Quelle: eigene Darstellung

Die Zusammensetzung des Samples erfolgte nach den grundsätzlichen Vorüberlegungen, die Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmuster der Akteure im Feld der vollstationären Langzeitpflege in einer möglichst breit gefassten Darstellung aufzunehmen und zu rekonstruieren. Im Vordergrund stand hierbei die Art und Weise, mit der die jeweiligen Akteure sich mit den von ihnen wahrgenommenen ökonomischen Rahmenbedingungen zum Zeitpunkt der Untersuchung auseinandersetzen. Das Ziel der empirischen Untersuchung lautete, einen Einblick in die jeweiligen Strukturbedingungen der Einrichtungen zu erlangen und die jeweiligen handlungsleitenden Orientierungen sowie die Handlungspraxis der Akteure im Umgang mit den ökonomischen Anforderungen empirisch zu analysieren und zu rekonstruieren.

Feldzugang und Auswahl der Interviewpartner

Der Feldzugang und die Auswahl der Interviewpartner erfolgten über Kontakte der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) sowie durch die persönlichen Kontakte der Forscherin im Rahmen eines Netzwerkes mit verantwortlichen Führungspersonen im Gesund-

heitswesen. Die Kontaktaufnahme zu den Akteuren aus den unterschiedlichen Managementebenen der fünf Einrichtungen, der Direktionsebene, der Pflegedienstleistungsebene sowie der Ebene der stellvertretenden Pflegedienstleitungen, erfolgte durch die persönliche Kontaktaufnahme der Forscherin und stellte sich als unproblematisch dar. Sowohl die verantwortlichen Einrichtungsleitungen als auch die betroffenen Interviewpartner erhielten zu Beginn des Interviews ein Informationsschreiben mit Informationen zu Art, Umfang, Inhalt und Ziel des Forschungsvorhabens (vgl. Kap. 4.2.2). Acht Interviews fanden in den jeweiligen Räumlichkeiten der Einrichtungen statt. Das Vorgespräch zur Interviewführung wurde außerhalb der Institution geführt.

Alle ausgewählten Akteure wurden mithilfe eines leitfadengestützten Interviews interviewt. Da jegliche Interviewpartner zum Zeitpunkt der Untersuchung mit Steuerungsfunktionen der Einrichtungen betraut waren und gleichzeitig über eine pflegfachliche Ausbildung verfügten⁵⁴, sollte eine breite Perspektive in der Datenerhebung ermöglicht werden. Obwohl die Interviewpartner durch ihre unterschiedlichen Funktionen in den Einrichtungen und ihre unterschiedlichen Zusatzqualifikationen nicht miteinander vergleichbar waren, teilten sie in jedem Falle eine Gemeinsamkeit, indem sie durch ihre pflegfachliche Grundausbildung alle eine Nähe zur pflegerischen Versorgungspraxis aufwiesen.

4.2.2 Forschungsethische Aspekte

Im Folgenden sollen grundlegende forschungsethische Aspekte aufgegriffen werden, die im Sinne der Achtung der Menschenwürde und der Menschenrechte der vorliegenden Untersuchung zugrunde liegen und die als ethische Prinzipien den gesamten Forschungsprozess begleiteten. Hierbei standen die Vulnerabilität, das Verfahren zur informierten Zustimmung und die Zusicherung der Anonymisierung im Fokus.

Im Rahmen der Forschungsethik ist die Prüfung der Vulnerabilität unumgänglich, da sie die potenzielle Verletzbarkeit der Probanden näher bestimmt. Durch die Auseinandersetzung mit der Typik der Vulnerabilität der Forschungsteilnehmer können „ethische Prognosen“ gestellt und mögliche ethische Präventionen oder geeignete Interventionen im Rahmen des Forschungsprozesses vorzeitig in den Blick genommen werden (vgl. Schnell, M. W., Heinritz, Ch. 2006, S. 24 ff.). Zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen wurde in Anlehnung an die Grundlagen zum Datenschutz in der Pflegeforschung auf die hierzu bereitgestellten Vorschläge

⁵⁴ Ein Interviewteilnehmer befand sich zum Zeitpunkt der Anfrage in einer unmittelbaren Übergangssituation zum Ruhestand. Das Interview mit der Teilnehmerin wurde dennoch unmittelbar im Anschluss an den eingetretenen Ruhestand geführt.

der deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) zurückgegriffen. Hierbei diene die Auseinandersetzung mit den folgenden Fragen zur Unterstützung der ethischen Reflexion:

- Fragestellung und Zielsetzung des Projekts,
- wissenschaftliche und praktische Relevanz des Projekts
- Verfahren zur Auswahl der Teilnehmer,
- Fragestellung und Zielsetzung des Projekts,
- wissenschaftliche und praktische Relevanz des Projekts,
- Verfahren zur Auswahl der Teilnehmenden,
- mögliche Risiken für die Teilnehmenden,
- Methoden und Rechtfertigung der Einbeziehung der Teilnehmenden,
- vorbeugende Maßnahmen,
- informierte Zustimmung,
- Aspekte des Datenschutzes
(vgl. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) 2016).

In diesem Zusammenhang wurde im Vorfeld der Untersuchung in der Fragestellung und Zielsetzung des Projektes danach gefragt, was das Ziel des Projektes bedeutet und inwiefern die Einbeziehung von Interviewpartnern hierzu vonnöten ist. Da es sich in der vorliegenden Studie um ein qualitatives Forschungsdesign handelte, waren die hierzu notwendigen Interviews mit den Akteuren im Feld unumgänglich. Zum Schutze der Interviewpartner wurden die zeitlichen und räumlichen Umstände zur Interviewführung besonders berücksichtigt. Daher fanden die Interviews in einem geschützten Rahmen statt und sollten 60 Minuten nicht überschreiten.

Die wissenschaftliche und praktische Relevanz der Forschungsarbeit war insofern gewährleistet, als mit der Analyse ein Erkenntnisgewinn erwartet werden konnte, der einen Beitrag zur weiteren Entwicklung der vollstationären Einrichtungen liefern sollte. Hierbei standen sowohl die Qualität der pflegerischen Versorgung als auch die Rahmenbedingungen, unter denen die pflegerische Versorgung geleistet wird, im Vordergrund. Das Verfahren zur Auswahl der teilnehmenden Interviewpartner bezog sich auf das fachliche Wissen, auf die Führungspraxis der Akteure sowie auf das implizite Erfahrungswissen, dass alle beteiligten Interviewpartner vor dem Hinter-

grund ihrer pflegefachlichen Ausbildung und Praxis mitbrachten. Hierbei wurde die Freiwilligkeit der Teilnahme der Interviewten in jeder Hinsicht zugesichert.

Mögliche Risiken für die Teilnehmenden wurden im Vorfeld der Untersuchung mit den Akteuren besprochen. Hier galt es ganz besonders den Interviewten zuzusichern, dass sie unter keinen Umständen an ihrer Sprache, an ihrem Dialekt und/oder an sozio- sowie bildungsbiografischen Informationen wiederzuerkennen sind. Vorbeugende Maßnahmen hierzu galten der Auswahl des Transkriptionsverfahrens, bei dem die Sprache geglättet wurde, sowie der Zurückhaltung bei der Aufnahme soziodemografischer und bildungsbiografischer Hintergrundinformationen (vgl. Kap. 4.4). Aspekte des Datenschutzes, wie die Gewährleistung der Anonymisierung der beteiligten Personen und Organisationen, wurden ausführlich mit den Interviewpartnern besprochen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft 2016).

Zur Würdigung der vorgenannten ethischen Aspekte im Untersuchungsfeld wurden vor der Untersuchung Informationen an die Mitwirkenden der Studie ausgehändigt, die den vollständigen Titel der Untersuchung auswiesen und einen Überblick über das Forschungsvorhaben und dessen Zweck eröffnete (vgl. Schnell, M. W., Heinritz, Ch. 2006, S. 99 f.). Darüber hinaus wurden die Probanden der Untersuchungsgruppe vor Beginn des Interviews durch die Forscherin umfassend über Ziele, Dauer, Ablauf, Risiken und Nutzen der Studie informiert. Auch wurden die Teilnehmer auf mögliche Gefährdungen und Belastungen, die bei der Durchführung des Projektes entstehen könnten, hingewiesen. Eine Einverständniserklärung, inklusive Datenschutzerklärung, die garantiert, dass alle Daten anonymisiert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden, wurde den beteiligten Mitarbeitern vor Beginn des Interviews ausgehändigt (siehe Anlagen 1-4).⁵⁵ Im Rahmen der „informierten Zustimmung“ wurden Dokumente entwickelt, welche die Teilnehmer über das Forschungsvorhaben der Forscherin informierten und ihnen genügend Zeit und Raum geben sollten, um auf mögliche Bedenken eingehen zu können. Darüber hinaus wurden die Interviewpartner mündlich und schriftlich darüber in Kenntnis gesetzt, dass sie das Interview zu jeder Zeit auch abbrechen könnten, wenn sie das Bedürfnis dazu hätten. Hierbei wurde ihnen zugesichert, dass ihnen auch in diesem Falle kein Schaden entsteht. Die Teilnehmer der Studie waren ausnahmslos in der Lage dazu, eine informierte Zustimmung zum Forschungsvorhaben zu gewähren. Die im Vorfeld der Untersuchung geäußerte Sorge einzelner Interviewpartner, durch eine Transkription der Audioaufzeichnungen möglicherweise

⁵⁵ Die Aufbereitung der Anlagen folgte inhaltlich den Empfehlungen der DGP, indem auf die dort empfohlenen Musteranschriften Bezug genommen wurde (vgl. DGP 2016).

als Personen identifiziert zu werden, veranlasste die Forscherin im Rahmen der Vulnerabilitätsprüfung dazu, ein Transkriptionsverfahren anzuwenden, das einen solchen Rückschluss nicht zulässt. Daher wurde, entgegen dem gängigen Verfahren einer wortgetreuen Transkription, so wie dies für die Transkription narrativ orientierter Interviews und für die Auswertung der Interviews im Rahmen der dokumentarischen Methode üblich ist, in der vorliegenden Untersuchung mit Rücksicht auf die Vulnerabilität der interviewten Person das Verfahren geändert. Im Zuge dessen wurde ein „einfaches Transkriptionssystem“ genutzt, indem wörtlich transkribiert und vorhandene Dialekte möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt wurden. „Wortverschleifungen“ wurden vor der Transkription an das Schriftdeutsch angenähert (vgl. Dresing, T, Pehl, T. 2013, S. 20). Auch die Aufnahme und Verarbeitung biografischer sowie berufsbiografische Daten, wie Alter, Geschlecht, Berufsjahre, Dauer der Betriebszugehörigkeit, wurden aus Datenschutzgründen mit großer Sorgfalt behandelt und mit Umsicht vor dem möglichen Zugang einer Öffentlichkeit bewahrt.

Im Anschluss an die Zusicherung der Anonymität und das Einholen der Einverständniserklärung zur Aufzeichnung der Daten wurden vertraute Themen adressiert, welche die Gesprächsbereitschaft des Interviewpartners fördern sollten. Durch diese Haltung konnte die Forscherin Respekt und Wertschätzung signalisieren, sodass eine Atmosphäre des Vertrauens aufgebaut werden konnte, die den Verlauf des Interviews maßgeblich bestimmte. Mit der hier beschriebenen Vorgehensweise zur Reflexion und Umsetzung einer ethisch verantworteten Forschungspraxis konnte die wissenschaftliche Untersuchung den Bestimmungen der bundesweit agierenden Ethikkommission zur ethischen Begutachtung von pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Projekten gerecht werden.

4.3 Entwicklung und Strukturierung des Interviewleitfadens

Im Rahmen der qualitativen Sozialforschung dienen narrative Erhebungsmethoden dazu, die soziale Handlungspraxis der Akteure nach deren jeweiligem Erleben zu erfahren. Aus diesem Grunde nahm die Gestaltung des Interviewleitfadens zur Vorbereitung auf das Interview auch in dieser Studie eine besondere Rolle ein. Hierzu sollten die Interviewpartner an die Problemstellung des Gegenstandes der Untersuchung herangeführt werden, indem die Frage nach den Folgen der Ökonomisierung in der Handlungspraxis der vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen fokussiert wurde. Die Untersuchung ging davon aus, dass die ausgewählten Interviewpartner Berührung mit den Dimensionen der weitreichenden Zusammenhänge des ökonomischen Strukturwandels und dessen Folgen für die Einrichtungen aufweisen. Sowohl in ihrer

Funktion als Einrichtungsleiter und/oder Pflegedienstleiter und stellvertretende Pflegedienstleitungen als auch durch ihre jeweilige pflegefachliche, berufliche Sozialisation konnten sie so in einer spezifischen Weise mit der „Problemperspektive“ in Verbindung gebracht werden.

Um das Forschungsdesiderat zum Gegenstand der Ökonomisierung in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege zu rekonstruieren, wurden im Wesentlichen Fragen nach dem Ausmaß und den Folgen der Ökonomisierung für das pflegerische Handeln und die Qualität der professionell pflegerischen Versorgung sowie deren Folgen für das Pflegepersonal in den Einrichtungen in den Blick genommen. Die bereits im vorangegangenen Prozess der theoretisch, analytischen Auseinandersetzung mit dem Gegenstand der Untersuchung herausgearbeiteten impliziten Arbeitshypothesen dienten als Grundlage für die Vorbereitung auf das Interview, indem sie die jeweiligen Themenbereiche definierten und eingrenzten. Diese impliziten Vorannahmen galt es in der vorliegenden Arbeit mithilfe der dokumentarischen Methode empirisch näher zu untersuchen.

Die bereits erwähnte Kritik Nohls (2012) in Zusammenhang mit dem wesentlichen Unterschied zwischen der Narrationsstrukturanalyse Schützes und dem problemzentrierten Interview nach Witzel soll an dieser Stelle erneut aufgegriffen werden, um die Bedeutung des Interviewverfahrens der vorliegenden Untersuchung vor diesem Hintergrund zu reflektieren (vgl. Kap. 3.3.3). Hier soll besonders darauf hingewiesen werden, dass es in dem vorliegenden Forschungshaben nicht darum ging, biografische Aspekte in den Blick zu nehmen, sondern dass die Generierung vor allem narrativer Interviewpassagen im Blickfeld standen, die eine hohe Eigenstrukturiertheit aufwiesen und die durch ihre Beschreibungen zur Auswertung der Interviews beitrugen. Hierdurch war es möglich, die Interviews im Sinne Bohnsacks dem Verfahren einer Narrationsanalyse zuzuführen, das explizit erzähltheoretisch fundiert ist, und das durch die Verhältnisbestimmung der unterschiedlichen Formen der Darstellung – einerseits der Sachverhalte und andererseits des Prozesses – eine Unterscheidung verschiedener Sinnebenen ermöglichte (vgl. Przyborski, A., Wohlrab-Sahr 2014, S. 223).

Für die praktische Konstruktion des Leitfadens zur empirischen Untersuchung bedeutete dies, dass durch die Anwendung themenspezifischer Erzählanreize die Interviewpartner unter gleichzeitiger Verwendung eines Interviewleitfadens dazu aufgefordert werden sollten, ihre Erfahrungen und ihr Erleben in der praktischen, alltäglichen Arbeitsgestaltung zu erzählen. Neben der Verwendung Erzählanreize bietender Stimuli wurden ergänzende, spezifische kontextbezogene Fragen in den Leitfaden inkludiert. Hierzu dienten Nachfragen zu den Veränderungen des

Alltags, den Konsequenzen für die Pflegequalität, die Arbeitssituation und die Arbeitsbedingungen, die allerdings mit einem je offenen, erzählgenerierenden Stimulus in die Interviewführung eingebracht wurden. Somit sollte es möglich sein, eine Vertiefung des Erzählens zu erwirken, ohne jedoch durch die theoretischen Vorüberlegungen die zu beforschenden Personen zu beeinflussen.

Für diese ausgewählte, erzählgenerierende Interviewform war das Ausformulieren einzelner Fragen im Interviewleitfaden nicht zwingend erforderlich. Sollte sich jedoch im Laufe des Gespräches erweisen, dass die Kommunikation von Seiten des Interviewten sich zaghaft oder „zäh“ gestaltete, so bot der Interviewleitfaden eine Möglichkeit mit der Frage nach besonders guten oder besonders schlechten Erfahrungen im spezifischen Kontext die Wahrnehmung der Interviewpartner für die spezifische Problemstellung bewusst zu machen. (vgl. Kurz, A. et al. 2009, S. 471 f.). Die sogenannten Ad-hoc-Fragen, die Witzel (2000) in seinem Interviewverfahren vorsieht, wenn bestimmte Themenbereiche durch die Interviewten ausgeklammert werden, wurden im Sinne Schützes eher als immanent-narrativer Nachfrageteil⁵⁶ (Schütze 1983) verwendet, um die Narrativität des Interviews zu stärken. Diese Möglichkeiten zu Nachfragen sind im Interviewleitfaden als Stichworte aufgenommen worden und konnten an gegebener Stelle eingeführt werden. Sie dienten darüber hinaus auch der Vergleichbarkeit der Interviews. Die weitere Gestaltung des Gespräches erfolgte unter erzählgenerierenden Kommunikationsstrategien. Auf diese Weise stand der Leitfaden der Forscherin als Instrument zur Verfügung, das durch deren Vorwissen gewisse Akzente zur Wissensgenerierung setzte und gleichzeitig zur Narration fördernden und erzählgenerierenden Gestaltung des Interviews beitrug. Hierdurch wurde es möglich, das gesamte Potenzial der Erzähl- und Wissensgenerierung auszuschöpfen.

„Das unvermeidbare, und damit offenzulegende Vorwissen dient in der Erhebungsphase als heuristisch analytischer Rahmen für Frageideen im Dialog zwischen Interviewern und Befragten. Gleichzeitig wird das Offenheitsprinzip realisiert, indem die spezifischen Relevanzsetzungen der untersuchten Subjekte insbesondere durch Narrationen angeregt werden.“ (Witzel 2000, Abs. 3)

Der zentrale Vermittlungsschritt zwischen Empirie und Theorie der vorliegenden Forschungsarbeit erfolgte nach der empirischen Datenerhebung und einer anschließenden Rekonstruktion der Daten mithilfe der Auswertungsmethode der dokumentarischen Methode. Dabei ging es we-

⁵⁶ Unter „immanenter Nachfrageteil“ des Interviews versteht Schütze eine Möglichkeit, dort, wo sich in Haupterzählungen mögliche Geschichten andeuten, die nicht ausgeführt werden, oder aber an Stellen mangelnder Detaillierung der Haupterzählung, noch einmal einzuwirken auf den Interviewpartner, sodass dieser sich zu zusätzlichen Narrationen bereit erklärt (vgl. Przyborski, A., Wohlrab-Sahr, M. 2014, S. 239).

der um die Bestätigung noch um das Verwerfen bereits entwickelter Vorannahmen in Verbindung mit dem Untersuchungsgegenstand, sondern vielmehr darum, dass die aus dem Datenmaterial gewonnenen Erkenntnisse zu einer begründeten empirischen und theoretischen Fundierung beitragen (vgl. Bogner, A., et al. 2014, S. 31 f.). Auch wenn das problemzentrierte Interview primär als „diskursiv-dialogisches Verfahren“ verstanden wird, das die Interviewpartner als „Experten“ ihrer eigenen Orientierungen und Handlungen erkennt und ihnen alle Freiheiten in Selbstverantwortung zugesteht (vgl. Witzel, A. 2000), gestaltete sich der vorliegende Forschungsprozess mit Blick auf die Generierung impliziter Orientierungs- und Handlungsleitungen als narrativ fundiertes Verfahren und findet gerade hierin seinen spezifischen Ausdruck. Indem zur Auswertung der Daten die narrativen Interviewpassagen zentral gestellt wurden, die eine Eigenstrukturiertheit aufwiesen und damit die Rekonstruktion empirischer Daten ermöglichte, findet an dieser Stelle eine ausdrückliche Distanz zur Auswertungsmethode Witzels statt. Dieser Prozess setzte voraus, dass konkrete Themen der Forschungsfragestellung dergestalt zu entwickeln waren, dass die Interviewpartner angeregt wurden, ihre eigenen Relevanzen und Einschätzungen zu der Thematik zu erzählen.

Grundlagen zur praktischen Gestaltung des Interviewleitfadens für die vorliegende Untersuchung

Mit dem Ziel der Studie, Aussagen über Zusammenhänge und Theorien zu dem Ausmaß und den Konsequenzen der Ökonomisierung für die Versorgungsstrukturen und das Versorgungshandeln der Akteure durch die Auswertung der Interviews empirisch zu begründen, erfolgte zunächst die theoretischen Auseinandersetzung mit der Entwicklung eines Leitfadens. Diese sollte sowohl der Strukturierung des Themenfeldes als auch der Orientierung in der Erhebungsphase der Untersuchung dienen.

Zur Gestaltung des Interviewleitfadens wurden zunächst alle relevanten Schwerpunkte der Untersuchung herausgearbeitet, die sich durch die analytische Beschreibung des theoretischen Gegenstandes ergaben. Hierzu dienten zunächst die durchgeführten Literaturstudien und Analysen zu den zentralen Konzepten der Untersuchung im theoretischen Teil der Arbeit, die sich zu der These eines anhaltenden ökonomischen Strukturwandels im Bereich der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen verdichten ließen. In der Folge konnte die Fragestellung nach dem Ausmaß und den Konsequenzen der Ökonomisierung für die Versorgungsstrukturen und das Versorgungshandeln der Akteure, insbesondere im Hinblick auf die Werthaltungen und das Ethos der Akteure als weitere Zuspitzung der Forschungsfrage identifiziert werden, die durch ein induktives Vorgehen im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit untersucht wurde.

Hierbei ließen sich drei thematische Dimensionen herausfiltern, die für die vorliegende Untersuchung von Bedeutung sind. Bei diesen Dimensionen handelt es sich um:

1. Dimension der Bedeutung ökonomischer Zielvorgaben und deren Transparenz im Praxisalltag der Einrichtungen,
2. Dimension der ökonomisch bedingten Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Pflegepraxis und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten,
3. Dimension des normativen Stellenwertes ökonomischer Logik im Handlungsfeld der Pflege.

In einem nächsten Schritt wurden diese Dimensionen mit Blick auf die Interviews einer Operationalisierung unterzogen, sodass neben den Hauptthemen thematische Aspekte abgeleitet werden konnten, die auf den jeweiligen Einleitungsfragen aufbauten. In der Folge wurden mögliche Nachfragen generiert, die in den Leitfaden aufgenommen wurden, um den roten Faden des Interviews zu detaillieren und im Sinne immanent-narrativer Nachfrageteile fungierten. Durch dieses Vorgehen wurden die theoretischen Erkenntnisse der Analyse des Gegenstandes zur Ökonomisierung differenziert in die empirische Untersuchung aufgenommen und konnten als Vorkenntnisse wirksam in das Interview einfließen. Mithilfe einer Differenzierung der Leitfadenfragen in erzählgenerierende Haupt- und Unterfragen wurde die Sicherstellung einer vollständigen und ausführlichen thematischen Erfassung der forschungsleitenden Fragestellungen möglich und eine Grundlage zur Vergleichbarkeit der Interviews war gegeben. Der Leitfaden gewährleistete in seiner Anwendung somit einen „fokussierten Blick“ auf den Forschungsgegenstand der Ökonomisierung und die Folgen für die Versorgungspraxis der vollstationären Langzeitpflege und förderte gleichzeitig die Offenheit der Interviewpartner gegenüber den Erzählungen (vgl. Schaeffer, D., Müller-Mundt, G. 2002, S. 292).

Entwicklung von Fragetypen und finale Gestaltung des Interviewleitfadens

Aufbauend auf den thematischen Dimensionen der wissenschaftlichen Untersuchung wurden die einzelnen Themenschwerpunkte, die sich aus dem Erkenntnisinteresse der forschungsrelevanten Fragen ableiteten, in Form von offenen, erzählgenerierenden Fragen in das Interview eingeführt. Als geeignete Einstiegsfrage für das Interview erwies sich dem Prinzip der Offenheit folgend eine allgemeine Frage nach den „Veränderungen im Berufsalltag“ wie beispielsweise die Frage:

„Erzählen Sie doch einmal, gibt es mögliche Veränderungen in der Versorgung der Bewohner und für die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten?“

Hierdurch sollte das thematische Feld des Berufsalltages der Akteure und das damit verbundene Spektrum ihrer eigenen Orientierungen des Handelns eröffnet werden. Die Themenschwerpunkte der empirischen Untersuchung stellten sich analog der forschungsrelevanten Dimensionen wie folgt dar:

Zur Dimension der Bedeutung ökonomischen Zielvorgaben und deren Transparenz

Für eine Einschätzung möglicher Ökonomisierungstendenzen in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege war zunächst die Analyse der Strukturmerkmale der Einrichtungen von Bedeutung. Da die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der vollstationären Pflegeeinrichtungen primär durch den Grundsicherungscharakter der Pflegeversicherung gekennzeichnet sind, manifestiert sich die Finanzierung nicht in einem bedarfsdeckenden Umfang, sondern im Sinne des Teilkaskoprinzips (vgl. Kap. 2.2.2). Diese ökonomischen Rahmenbedingungen verursachen nicht nur einen erheblichen Kostendruck, sondern sind vor allem für die Arbeitsbedingungen der Pflege von besonderer Relevanz, da sie in ihrer Wechselwirkung sowohl die Gesundheit der Pflegenden als auch die Qualität der pflegerischen Versorgung beeinträchtigen (vgl. Simon, M. 2011, S. 263). Dieser impliziten Hypothese sollte in der empirischen Untersuchung nachgegangen werden, indem vor dem Hintergrund des Stufenmodells der Ökonomisierung nach Schimank/Volkman (2008) die konkrete Relevanz der ökonomischen Rationalität spezifiziert und eine damit verbundene mögliche Schwächung der Feldautonomie in der vollstationären Langzeitpflege empirisch aufgezeigt werden sollte. Zur Konkretisierung eines möglichen Autonomieverlustes war hierzu die Frage nach der Bedeutung der ökonomischen Prinzipien der Verlustvermeidung und Gewinnmaximierung für die Einrichtungen von zentraler Bedeutung.

- In welchem Ausmaße ist das Prinzip der Verlustvermeidung für das Pflegemanagement eine „Soll-Vorgabe“ beziehungsweise eine „Muss-Anforderung“?
- Inwieweit setzen sich marktorientierte Anpassungsprozesse im Bereich des Pflegemanagements durch, die durch die Handlungsvorgabe des Managements nach dem Prinzip der Gewinnmaximierung vorgegeben werden?
- Welche ökonomischen Zielvorgaben werden durch das Management der Einrichtungen formuliert?
- Wie ist die Transparenz im Umgang mit dieser Logik?

Entsprechend den skizzierten forschungsrelevanten Fragedimensionen nach den ökonomischen Zielvorgaben und deren Transparenz erstreckte sich das Ziel des ersten Frageblocks auf mögliche immanent-narrative Nachfragen zu der aktuellen Arbeitssituation der Interviewten sowie auf die

Arbeitssituation der Kollegen und Kolleginnen im Pflegedienst der Einrichtung. In ihrer detaillierten Form nahmen die Fragen Bezug auf die Belastungsfaktoren, mögliche positive Veränderungen im Beruf, die Arbeitsbedingungen in der Einrichtung sowie auf mögliche Gründe für wahrgenommene Veränderungen in diesen Bereichen.

Zur Dimension ökonomisch bedingter Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Pflegepraxis und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten

Im Vordergrund dieser Fragedimension stand die nähere Analyse von Veränderungsprozessen, die sich in der Konsequenz wachsender Bedeutung wirtschaftlicher Interessen in den Einrichtungen der Langzeitpflege abzeichnen und entwickeln. Ausgehend von den empirischen Untersuchungen zur Ökonomisierung im Bereich des Krankenhauses in denen – als Folge des Zwangs zur Verlustvermeidung – erhebliche Risiken in der Versorgung der Patienten nachgewiesen werden konnten (vgl. Slotala, L. 2011), können auch vielfältige Anpassungs- und Veränderungsprozesse an wirtschaftliche Bedingungen in der Versorgungspraxis der stationären Langzeitpflege vermutet werden, die nicht ohne Konsequenzen für die Versorgung der Pflegepraxis und die Arbeitsbedingungen sind.

Dieser impliziten Hypothese folgend, sollten vor dem Hintergrund wachsender ökonomischer Interessen die Veränderungsprozesse in den vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen im Bereich der Personalstruktur, der Versorgungsorganisation und dem unmittelbaren Versorgungshandeln untersucht werden.

- In welcher Weise fließen ökonomische Interessen in die Versorgungsorganisation der vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen hinein?
- Welche Veränderungen werden aufgrund ökonomischer Vorgaben in der Personalstruktur vorgenommen?
- Welche Bedeutung haben ökonomische Aspekte in der unmittelbaren pflegerischen Beziehung mit den Pflegebedürftigen und der damit verbundenen Qualität der Pflege?
- Welche Konsequenzen haben ökonomisch motivierte Maßnahmen auf den unmittelbaren Versorgungsalltag?

Im zweiten Teil des Interviews stand der Aspekt der Versorgung der Pflegebedürftigen im Vordergrund. Hier waren vor allem die Erzählungen in Zusammenhang mit den Leistungsangeboten, wahrgenommenen Veränderungen im Bereich der direkten Pflegeversorgung, etwaige Problemsi-

tuationen, positive Aspekte sowie die Beurteilung des Qualitätsniveaus in der direkten Pflege von wesentlicher Bedeutung.

Zur Dimension des normativen Stellenwertes ökonomischer Logik im Handlungsfeld der Pflege

Die zunehmende Bedeutung der ökonomischen Handlungslogik in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege sieht sich vor allem mit der Frage konfrontiert, inwiefern eine wachsende strukturelle Abhängigkeit gegenüber wirtschaftlichen Interessen auf die Motivation der professionell Pflegenden Einfluss nimmt. Um diese Fragestellung näher zu spezifizieren, standen vor allem Fragen nach den berufsethischen Implikationen in ihrer Bedeutung für die professionelle Pflege im Vordergrund, die von dem Einfluss wachsender wirtschaftlicher Interessen ausgehen. Hiermit eng verbunden waren Fragen nach der Konsequenz der zunehmenden Bedeutung wirtschaftlicher Interessen für die Motivation des Gesundheits- und Pflegepersonals sowie Fragen nach den Auswirkungen auf ihr berufliches Selbstverständnis, ihr Wertverständnis und ihr Berufsethos. Ausgehend von den theoretischen Auseinandersetzungen unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen zum Einfluss der Ökonomisierung auf das traditionelle Berufsverständnis des Gesundheitspersonals und der damit implizit verbundenen Hypothese der beruflichen Dissonanz, des Wertverlustes und der beruflichen Selbstentfremdung (vgl. Kap. 2.3) sollte zur empirischen Untersuchung folgenden Fragen nachgegangen werden:

- Inwiefern wird über die wirtschaftlichen Interessen in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege offen gesprochen?
- Wie wird mit möglichen Konflikten und Widersprüchen zwischen den Interessen der Bewohner und den ökonomischen Interessen von Seiten der Pflegenden umgegangen?
- Werden Grenzen durch das Pflegemanagement in der ökonomischen Handlungspraxis der pflegerischen Versorgung gezogen und wo liegen diese?
- Wie verträgt sich diese „systemfremde Logik“ mit dem traditionellen Berufsverständnis des Gesundheitspersonals?
- Welche Konsequenzen haben die ökonomischen Bedingungen für die Wertvorstellungen der Akteure und ihre Versorgungsentscheidungen?
- Welche Auswirkungen ergeben sich für das Ethos der Pflegenden?
- Wie gehen die Organisationen und die Pflegenden mit möglichen Dilemmata um?
- Was bietet die Einrichtung ihren Mitarbeitern im Rahmen dieser möglichen Konfliktstellung zur Unterstützung an?

- Worin sehen die Akteure einen Bedarf in der Unterstützung durch das Management?

Im dritten Interviewabschnitt wurde die Bedeutung der ökonomischen Anforderungen in der beruflichen Praxis fokussiert. Neben den Fragen nach der ökonomischen Zielsetzung in den Einrichtungen und den damit verbundenen Rationalisierungsmaßnahmen waren Fragen nach möglichen Einflüssen auf das Ethos der Akteure sowie deren Wert- und Berufsverständnis an dieser Stelle von Bedeutung. Erzählgenerierende Stimuli zur Stärkung des beruflichen Wert- und Selbstverständnisses durch die Einrichtungen sollten diese Fragedimension abrunden.

Sämtliche hier aufgezeigten Aspekte dienten in ihrer Anwendung dazu, dass die Interviewten darin unterstützt werden sollten, ihre Erfahrungen so zu reproduzieren, wie sie für den jeweiligen Interviewpartner handlungsrelevant sind (vgl. Bohnsack, R. 2014, S. 94). Hierbei sollten offene Fragen zu weiteren Erzählungen anregen. Neue Aspekte in der Interviewsituation wurden durch die Forscherin positiv bewertet, indem sie diese interessiert aufnahm und in die Analyse mit einbezog (vgl. Kurz, A. et al. 2009, S. 472 f.).

4.3.1 Voruntersuchung des Interviewleitfadens

In einem ersten Gespräch wurde die Voruntersuchung eingeleitet, indem der Rohentwurf des Interviewleitfadens hinsichtlich seiner Anwendbarkeit überprüft wurde. Im Vordergrund dieses ersten Interviews standen neben dem Umfang und der Verständlichkeit des Interviewleitfadens die methodischen Besonderheiten des Narration fördernden Prozesses, den es zu erproben, weiter zu bearbeiten und gegebenenfalls zu optimieren galt. Der Prozessverlauf des ersten Interviews bezog sich sowohl auf die Wirksamkeit erzählauffordernder Stimuli als auf die Teil- und Gesamtstruktur des Leitfadens. Zur Überprüfung der Anwendbarkeit des Interviewleitfadens wurde das erste Interview in einer vollstationären Pflegeeinrichtung eines konfessionellen Trägers vorgenommen. Es handelt sich hier um einen vom übrigen Sample der Untersuchung unabhängigen Träger einer interdisziplinären Versorgungseinrichtung im Bereich der Akutversorgung der Rehabilitation und der vollstationären Langzeitpflege. Das Interview wurde mit der Pflegedirektorin der Einrichtung geführt, die aufgrund ihrer beruflichen Sozialisation den Anforderungen an das Theoretical Sampling entsprach und sowohl über eine pflegfachliche als auch eine managerielle Ausbildung verfügt. Wie bereits erwähnt, befand sich die Interviewpartnerin zum Zeitpunkt der Durchführung des Interviews in der Übergangsphase zu ihrer Pensionierung.

Besondere Herausforderungen

Die besondere Herausforderung bei der Durchführung des Erstinterviews bestand darin, die Vor- und Nachteile des methodischen Vorgehens in der unmittelbaren Interviewführung herauszuarbeiten. Mit der Durchführung des ersten Interviews stellte sich heraus, dass der Entwurf des Interviewleitfadens dem Anliegen gerecht wurde. Sowohl die erzählstimulierenden Einstiegsfragen der unterschiedlichen Themenbereiche zur Förderung der Narration als auch die immanent-narrativen Nachfragen zu weiterführenden forschungsrelevanten Schwerpunkten erwiesen sich für den Verlauf des Interviews als geeignet. Da mit dem Abschluss des ersten Interviews eine mögliche Weiterentwicklung des Interviewleitfadens nicht ausgeschlossen werden konnte, musste davon ausgegangen werden, dass der Interviewleitfaden in den nachfolgenden Anwendungen ggfs. verändert oder angepasst werden müsste. Unabhängig davon, sollte vor dem Hintergrund der Vergleichbarkeit allerdings der Interviewleitfaden vor Beginn der Hauptuntersuchung so gestaltet werden, dass er in allen weiteren Interviews weitgehend unverändert verwendet werden konnte (vgl. Ullrich, C. G. 1999, S. 21 f.). Vor diesem Hintergrund wurde das erste Interview, das als Probeinterview bezeichnet wird, als Interviewverfahren mit in die Hauptuntersuchung aufgenommen und floss in die Gesamtauswertung der Interviews mit ein.

4.3.2 Das narrativ fundierte Interview mit den Akteuren

Methodisches Vorgehen der Interviewführung

Die Interviewführung erfolgte auf der Grundlage des problemzentrierten Interviews nach Witzel. Der entwickelte Leitfaden, der im Sinne Witzels als eine Art bewegliche „Gedächtnisstütze“ konzipiert wurde, war prinzipiell für die Ausgestaltung der Interviews gut geeignet und stand der erwünschten Erzählgenerierung grundsätzlich nicht im Wege.

Die Interviewführung verlief in weiten Teilen so, dass die interviewten Personen im Gegensatz zu den biografischen Interviews durch die Anwendung des leitfadengestützten Interviews nicht nur frei erzählen konnten, sondern dass mehrere Themen, die durch den Forscher im Rahmen des Forschungsinteresses vorgesehen waren, sowohl durch immanente als auch exmanente Fragestellungen aufgegriffen werden konnten. Da aus methodologischen Gründen das Interviewverfahren darauf zielte, möglichst selbstläufige Erzählungen und Beschreibungen der Interviewten hervorzulocken, bedeutete dies in der Interviewpraxis mit den einzelnen Teilnehmern, die jeweiligen Interviews so wenig wie möglich zu steuern, sodass die Interviewten ihre eigenen Relevanzsysteme entfalten konnten. Insgesamt wurde der Verlauf der Interviews jedoch durch einen wesentlichen Aspekt beeinträchtigt, auf den an dieser Stelle kritisch, reflektierend eingegan-

gen werden soll. Witzel (2000) hebt als grundlegende Eigenschaft des problemzentrierten Interviews hervor, dass der Erkenntnisgewinn in dieser Interviewform sowohl in der Datenerhebung als auch in der Auswertung der Daten im Sinne eines induktiv-deduktiven Wechselverhältnisses zu deuten und daher als solches auch zu organisieren ist:

„Das unvermeidbare, und damit offenzulegende Vorwissen dient in der Erhebungsphase als heuristisch analytischer Rahmen für Frageideen im Dialog zwischen Interviewern und Befragten. Gleichzeitig wird das Offenheitsprinzip realisiert, indem die spezifischen Relevanzsetzungen der untersuchten Subjekte insbesondere durch Narrationen angeregt werden“ (Witzel 2000, Abs. 3).

Auf diese Weise steht der Leitfaden dem Forschenden als Instrument zur Verfügung, das durch das Vorwissen des Forschers Akzente zur Wissensgenerierung setzt und gleichzeitig zur Narration fördernden und erzählgenerierenden Gestaltung des Interviews beiträgt. Hierdurch sollte es möglich sein, dass das gesamte Potenzial der Erzähl- und Wissensgenerierung ausgeschöpft werden kann. In der Praxis der Interviewführung durch die Forscherin zeigte sich jedoch, dass Impulse durch eine exmanente Frage teilweise auch dann gesetzt wurden, wenn die Interviewten ihre eigene Erzählung noch nicht ganz abgeschlossen hatten (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 13 f.).

In der rückblickenden Reflexion des Forschungsprozesses geschah dies vornehmlich dann, wenn die Forscherin zu verhindern versuchte, „[...] dass das Gespräch sich in Themen verliert, die nichts zur Sache tun [...]“ (Meuser, M., Nagel, U. 1991, S. 448) und aus dieser „Sorge“ heraus der Blick vermehrt auf das Forschungsinteresse gerückt werden sollte. Da es bei dem vorliegenden Forschungsvorhaben indes nicht vordergründig darum ging, die biografischen Aspekte in den Blick zu nehmen, sondern die Konzentration auf der Auswertung narrativer Interviewpassagen lag, konnte dieser Aspekt nach Einschätzung der Forscherin für den weiteren Verlauf des Forschungsprozess relativiert werden.

Zur Durchführung der Interviews wurden neben einem digitalen Audiogerät zur Aufzeichnung der Interviews drei „Instrumente“ verwendet, die Witzel (2000) hierzu vorschlägt. Ein Fragebogen über die soziodemografischen Angaben der Interviewten⁵⁷, ein „Postskriptum“, zur Aufzeichnung weiterer Angaben und Vermerke, erste Ideen und Anregungen zu den Interviews, die für die retrospektive Betrachtung der jeweiligen Interviews von Bedeutung sein sollten, sowie ein Interviewleitfaden, welcher die erzählgenerierende Eingangsfrage sowie weitere erzählgenerie-

⁵⁷ Vor dem Hintergrund der besonderen Herausforderung zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen sah sich die Forscherin aufgefordert, mit Rücksicht auf die Verletzung der Persönlichkeitsrechte der Interviewpartner, von diesen Daten (Lebensalter, Geschlecht, Berufsjahre, berufliche Vorerfahrungen) in der Rekonstruktion der Studie nur sehr „eingeschränkt“ Gebrauch zu machen.

rende Fragen zu den theoretischen Dimensionen der Studie enthielt. Die möglichen immanenten und/oder exmanenten Nachfragen, die in den Interviewleitfaden vor dem Hintergrund der theoretischen Auseinandersetzung mit der Studie generiert wurden, dienten im Sinne Witzels (2000) der „Gedächtnisstütze“ der Forscherin und gewannen als solche in den unterschiedlichen Interviews auch an Bedeutung.

Der konkrete Verlauf der Interviews gestaltete sich demnach so, dass nach der bereits zuvor erwähnten einführenden Beschreibung des Forschungsvorhabens und die Einführung in die Datenschutzbestimmungen eine kleine „auflockernde“ Phase folgte, die dazu diente, eine angenehme, vertrauenswürdige Atmosphäre für die Interviewpartner herzustellen. Daran konnte die Eingangsfrage für das Interview mit dem dazu gehörigen Erzählstimulus problemlos angeschlossen werden. Mit dem Erzählstimulus sollte sowohl das Interesse der Interviewten geweckt als auch ein Anreiz zur Selbstläufigkeit des Interviews geboten werden. Die Interviewten begannen auf diese Einstiegsfrage ihre eigenen Wahrnehmungen der Entwicklungen zu schildern und zu beschreiben, sodass das jeweilige Relevanzsystem deutlich hervortrat und bereits ein erster Hinweis zu den jeweiligen Handlungsorientierungen und Habitusformen der Akteure identifiziert werden konnte. Die Eingangsfrage erwies sich insofern als hilfreich, da sie erste „negative“ und „positive Gegenhorizonte“ sowie deren „Enaktierungspotentiale“ als wesentliche Komponenten des Erfahrungsraumes der Akteure anzeigten (vgl. Bohnsack, R. 2014, S. 138). Immanente Nachfragen wurden in dieser Phase lediglich gestellt, wenn der Fluss des Erzählens durch die Interviewten abgebrochen wurde. In der weiteren Gestaltung der Interviews wurde, sobald die denkbaren immanente Nachfragen auf die erzählgenerierenden Fragen ausgeschöpft waren oder die Interviewten auf Fragen irritiert reagierten und/oder zu weit abschweiften exmanente Fragen gestellt, die sich auf das Relevanzsystem der Forscherin bezogen. Durch diesen weitgehenden Wechsel immanenter und exmanenter Fragen in der Interviewführung konnte erreicht werden, dass sich sowohl die Relevanzsysteme der Interviewten als auch die forschungsbezogenen Aspekte entfaltet werden konnten. Der Abschluss der jeweiligen Interviews gestaltete sich unterschiedlich, indem den Interviewten die Möglichkeit signalisiert wurde, durch ein abschließendes Statement einen eigenen Beitrag dem Interview hinzufügen zu können. Mit einer Haltung der Dankbarkeit wurden die Interviews durch die Forscherin beendet und ein Abschied der Interviewsituation eingeleitet.

4.4 Transkriptionsverfahren und Anonymisierung der Transkripte

Für die gesamte empirische Untersuchung lagen insgesamt neun narrativ fundierte, leitfadengestützte Interviews vor. Die Interviews wurden auf einem Tonträger aufgezeichnet und erstreckten sich über einen Zeitraum von 45 bis 70 Minuten. Im Anschluss daran wurde in einem ersten Schritt eine Darstellung der „thematischen Verläufe“ der Interviews vorgenommen, indem die Interviews von der Audioaufnahme abgehört und die einzelnen Themen in ihrer Abfolge mit den entsprechenden Zeitangaben vermerkt wurden. Dieser Schritt wurde zunächst in Anlehnung an die Empfehlungen zur Praxis der dokumentarischen Methode vorgenommen, da die dokumentarische Methode nicht prinzipiell vorsieht, jeden gesamten Fall zu analysieren, sodass die gesamte Transkription eines Interviews nicht zwingend erforderlich ist. Nohl (2012) sieht für die Auswahl der zu transkribierenden und zu interpretierenden Interviewabschnitte grundsätzlich drei Kriterien vor, die auch in der vorliegenden Arbeit zur Selektion der thematischen Verläufe herangezogen wurden: (1) Das Thema des Abschnitts soll für die Forschenden relevant sein, (2) das Thema soll von den Interviewten interessiert und engagiert behandelt worden sein und (3) ähnliche Themen sollten sich auch in weiteren Interviews finden lassen (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 61).

Diese ursprünglich geplante erste Datenselektion stellte sich im Verlaufe der Bearbeitung des Audiomaterials als nicht umsetzbar heraus, da sich bereits relativ früh zeigte, dass vor dem Hintergrund der wissenschaftlich relevanten Fragestellungen eine vollständige Transkription der jeweiligen Interviews für wichtig erachtet wurde. Vor dem Hintergrund dieser Entscheidung erfolgte eine erste Datenselektion durch die Herausbildung der thematischen Verläufe nicht vollständig, sodass in einem weiteren Arbeitsschritt sämtliche Interviews einer vollständigen Transkription unterzogen wurden.

Einer Änderung in der Wahl des Transkriptionssystems gingen sowohl forschungsethische als auch -pragmatische Gründe voraus. Forschungsethische Gründe ergaben sich aus der Verantwortung zur ausdrücklichen und zwingenden Einhaltung der Anonymisierung der Interviews, da eine verantwortliche Einrichtungsleitung im Vorfeld der Studie die dringende Bitte äußerte, dass die Interviewpartner „auf keinen Fall“ in dem Interviewmaterial wiedererkannt werden dürften (vgl. Kap. 4.2.2). Forschungspragmatische Gründe lagen insofern vor, als die Entscheidung zur vollständigen Transkription sämtlicher Interviews den geplanten zeitlichen Rahmen der Arbeit bereits wider Erwarten ausdehnte.

Gemäß den Grundregeln für die Entscheidung einer Transkriptionsform, die sich aus den o. g. Aspekten ergaben, wurde in der vorliegenden Arbeit auf ein „einfaches Transkrip-

tionssystem“ zurückgegriffen und von den Empfehlungen Bohnsacks zu den Richtlinien der Transkription von Texten (TIQ)⁵⁸ in weiten Teilen Abstand genommen (vgl. Bohnsack, R. 2014, S. 253 f.). Zur Transkription der Interviews wurde in dieser Folge auf die Empfehlungen von Kuckartz et al. (2008) eingegangen. Sie empfehlen hierzu, „*Transkriptionsregeln, welche die Sprache deutlich glätten und den Fokus auf den Inhalt des Redebeitrags setzen*“ (vgl. Dresing, Th, Pehl, Th. 2013, S. 19). Das Regelsystem ist in drei Teile unterteilt:

1. in die Transkriptionsregel (siehe Anlage 6),
2. in Hinweise zur einheitlichen Schreibweise (siehe Anlage 5),
3. durch ein Beispieltranskript (ebd.).

Mit dem Abschluss der vollständigen Transkription der Interviews lag insgesamt ein Interviewmaterial von ca. 200 Seiten vor. Das zu Beginn der Interviews gefertigte Protokoll zur Erfassung der soziodemografischen Daten der einzelnen Interviewpartner wie Geschlecht, Alter und Berufsjahre wurde im Anschluss der Interviews durch Notizen ergänzt, welche die wichtigsten Aussagen zu den einzelnen Interviews zusammenfassen und den Gesamteindruck der Interviewsituation widerspiegeln. Auch an dieser Stelle der Protokollführung wurde aus Rücksicht auf die Anonymität der Untersuchungsteilnehmer auf die Darstellung des Alters der Teilnehmer, die Aufzeichnung der Vorberufe, die tatsächlichen Berufsjahre sowie auf die spezifischen Qualifizierungsmaßnahmen durch Fort- und Weiterbildungen verzichtet.

Die Anonymisierung der Interviews

Zur leserfreundlichen Darstellung wurden für die Anonymisierung der Namen der Interviewten keine Kennziffern, sondern Synonyme verwendet, die keinen Rückschluss auf den Originalnamen zulassen.⁵⁹ Zur Anonymisierung der Namen der Einrichtungen wurde die folgende Schreibweise gewählt, bei der durch den Großbuchstaben die jeweilige Pflegeeinrichtung genauer

⁵⁸ Die Richtlinien zur Transkription von Texten, die Bohnsack hier vorstellt sind das Ergebnis von Revisionsprozessen, die von Aglaja Przyborski 1998 vorgenommen wurden, um das Verfahren „Talk in Qualitative Social Research“ (TiQ) zu systematisieren (vgl. Bohnsack, R. 2014, S. 253).

⁵⁹ Aus der Anlage 4 der Dokumente zur Einwilligung der Datenschutzbestimmungen geht der nachfolgende Text hervor, der von allen teilnehmenden Interviewpartnern unterzeichnet wurde:

Datenschutzerklärung: Die während der Studie gewonnenen Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz. Alle Daten werden ohne Namensangaben von den Mitarbeitern der Studie elektronisch verarbeitet und ausgewertet und nicht an andere Stellen weitergegeben. Die Daten werden in anonymisierter Form elektronisch verarbeitet und veröffentlicht. In Berichten über die Studie erscheinen keine persönlichen Daten. Auch werden keine Kopien der Daten angefertigt.

bezeichnet wurde: (Einrichtung A, Einrichtung B, Einrichtung C etc.).⁶⁰ Auch zur Bezeichnung der unterschiedlichen Berufsgruppen wurden Großbuchstaben verwendet, welche die Funktionsbezeichnungen der befragten Akteure abkürzen. Hierfür wurden die folgenden Kürzel in den Passagen der Transkripte verwendet: PD - Pflegedirektor und Heimleiter (HL), PDL - Pflegedienstleiter, SPDL - stellvertretende Pflegedienstleiter. Zur Erleichterung der Orientierung des Lesers wurden diese Kürzel fortlaufend in Verbindung mit den synonym verwendeten Nachnamen der Interviewpartner verbunden.

| Berufsgruppe | Angebotsform | Kürzel der Einrichtung | Trägerschaft | Synonym | Geschlecht |
|---|-------------------------------|------------------------|---------------------|----------------------|------------|
| Pflegedirektion (PD) | Vollstationäre Langzeitpflege | Einrichtung A | Christlicher Träger | Frau Lutz (PD) | W |
| Einrichtungsleitung (PD) | Vollstationäre Langzeitpflege | Einrichtung B | Christlicher Träger | Herr Fuchs (PD) | M |
| Pflegedienstleitung (PDL) | Vollstationäre Langzeitpflege | Einrichtung B | Christlicher Träger | Frau Petz (PDL) | W |
| Pflegedienstleitung (PDL) | Vollstationäre Langzeitpflege | Einrichtung C | Christlicher Träger | Frau Mücke (PDL) | W |
| Pflegedienstleitung (PDL) | Vollstationäre Langzeitpflege | Einrichtung D | Christlicher Träger | Herr Kautz (PDL) | M |
| Pflegedienstleitung (PDL) | Vollstationäre Langzeitpflege | Einrichtung E | Christlicher Träger | Frau Sauer (PDL) | W |
| Stellvertretende Pflegedienstleitung (SPDL) | Vollstationäre Langzeitpflege | Einrichtung D | Christlicher Träger | Frau Bachmann (SPDL) | W |
| Stellvertretende Pflegedienstleitung (SPDL) | Vollstationäre Langzeitpflege | Einrichtung B | Christlicher Träger | Frau Radec (SPDL) | W |
| Stellvertretende Pflegedienstleitung (SPDL) | Vollstationäre Langzeitpflege | Einrichtung C | Christlicher Träger | Frau Käfer (SPDL) | W |

Tabelle 4: Darstellung des Samples der Untersuchung unter den verwendeten Synonymen

Quelle: eigene Darstellung

⁶⁰ Mögliche restliche Risiken einer Identifizierung der interviewten Personen, die in ihrem Arbeitsumfeld bekannt sind und dadurch möglicherweise wiedererkannt werden, lassen sich leider nicht vollständig ausschließen.

4.4 Praxis der Auswertung

In dem folgenden Kapitel soll analog der dokumentarischen Methode auf die Praxis der Auswertung, die im methodologischen Teil der Arbeit ausführlich beschrieben worden ist, eingegangen werden (vgl. Kap. 3).

Die Wahl des Analyseverfahrens erfolgte vor dem Hintergrund des Interesses an der Bedeutung der Konsequenzen der Ökonomisierung für die Versorgungsstrukturen und das Versorgungshandeln der Akteure in der Langzeitpflege. Hier war neben der generellen Frage nach dem Ausmaß der Ökonomisierung auf das Feld das Erkenntnisinteresse über ein den „immanenten Sinngehalt“ und das „explizite Orientierungswissen“ der Akteure hinausgehende Wissen von erheblicher Relevanz. Die Rekonstruktion der Relevanz wirtschaftlicher Rationalität im Bereich der pflegerischen Versorgung sollte daher auf den „konjunktiven“ „metaphorischen, sprich „dokumentarischen Sinngehalt“ gerichtet sein, um den Orientierungsrahmen, der die pflegerische Versorgungspraxis maßgeblich strukturiert, fokussieren zu können. Demnach war die Rekonstruktion des stillschweigenden, impliziten und inkorporierten Orientierungswissens der Akteure von besonderer Bedeutung, das neben dem reflexiven Wissen der Akteure auf die Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung wirtschaftlicher Maßnahmen in den Versorgungsbereichen der Pflege verweist und den kollektiven Orientierungsrahmen des Managements strukturiert und vorgibt.

Für die vorliegende Untersuchung bedeutete dies, dass zwischen den normativen Anforderungen und Vorgaben der Einrichtungen und der tatsächlichen, teilweise impliziten Gestaltung der Handlungspraxis im Alltag der Akteure zu unterscheiden war. Darüber hinaus sollten die betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen in ihrer Wirkung auf die Versorgungspraxis sowie auf das Wert- und Berufsverständnis der Akteure rekonstruiert und mögliche Unterstützung durch die Einrichtungen eruiert werden.

Hierzu werden die nachfolgenden Dimensionen, die der Analyse zugrunde lagen noch einmal expliziert:

1. Dimension der Bedeutung ökonomischer Zielvorgaben und deren Transparenz:

Hierbei sollte es vor allem darum gehen, zu rekonstruieren, ob die Akteure in Management und Pflege sich überhaupt durch einen ökonomischen Handlungsdruck konfrontiert sehen und inwiefern wirtschaftliche Zielvorgaben im Sinne einer Verlustvermeidung/Gewinnorientierung formuliert werden. Die Frage nach den Umset-

zungsstrategien zur Einhaltung der Rahmenbedingungen sowie die Frage nach den Grenzen der ökonomischen Rationalisierungsmaßnahmen setzten das Interesse fort.

2. Dimension ökonomisch bedingter Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Pflegepraxis sowie auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten:

In dieser zweiten Dimension der Analyse ging es darum zu fragen, in welchem Maße die pflegerische Handlungspraxis tatsächlich von ökonomischen Anforderungen betroffen ist. Diese Perspektive sollte vor allem die Qualität der Pflege und die impliziten Wertorientierungen der Pflegenden fokussieren. Hierzu sollten die Handlungsmotive in ihrer Zuschreibung rekonstruiert werden, sodass es nicht nur darum ging, welche Motive für die Akteure leitend sind (WAS), sondern WIE ökonomischen Motiven in der Alltagspraxis begegnet wird, auch wenn Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen davon in negativer Weise berührt werden. Auf welche Art und Weise werden mögliche Grenzen einer ökonomischen Anpassung gezogen.

3. Dimension des normativen Stellenwertes ökonomischer Logik im Handlungsfeld der Pflege:

In der Analyse einer dritten Dimension sollte rekonstruiert werden, ob und wenn ja inwieweit Wertverständnis, Wertempfinden und das Berufsverständnis der Akteure unter den ökonomischen Rahmenbedingungen beeinträchtigt sind und wie sich dies als Orientierungsmuster in der Handlungspraxis und auf das soziale Gefüge im Feld auswirkt. Die Frage nach einem möglichen Bedarf der Pflegenden zur Unterstützung der Handlungspraxis vor dem Hintergrund der Spannungsfelder zwischen den ökonomischen Rahmenbedingungen und dem beruflichen Wertverständnis sollte die Untersuchung abrunden.

Diese Dimensionen, die der forschungsleitenden Fragestellung zugrunde liegen, sollen im Anschluss an die Rekonstruktion der Daten aus dem Untersuchungsfeld wieder aufgegriffen werden, um die empirisch gewonnenen Befunde den theoretischen Vorannahmen der Studie gegenüberzustellen und diskutieren zu können.

Das Analyseverfahren der dokumentarischen Methode

Die Analyse des gewonnenen Datenmaterials erfolgte im Rahmen der „rekonstruktiven Sozialforschung“ nach der dokumentarischen Methode – ein Verfahren, dass vor allem durch die Hervorbringung einer „Rekonstruktion zweiten Grades“ geprägt ist. In dieser „Rekonstruktion zweiten Grades“ geht es vorwiegend darum, die Methoden der Interpretation und Reflexion, die sowohl in der Alltagspraxis der Beforschten als auch in den alltäglichen, wissenschaftstheoretischen und handlungspraktischen Gegebenheiten der Forschenden vorkommen, zu rekonstruieren. Das be-

deutet, dass auch die Forschenden sich vergegenwärtigen, dass ihre eigenen Konstruktionsbedingungen in Verbindung mit dem Forschungsgegenstand zu reflektieren sind (vgl. Bohnsack 2014, S. 26 ff.).

Karl Mannheim (1964) unterscheidet zur Rekonstruktion der Frage danach, wie die Dinge wahrgenommen und bewertet werden, drei Sinnebenen, die der dokumentarischen Methode zugrunde liegen. Der „objektive Sinn“, in der Frage nach der Bedeutung des WAS?, der „intendierte Ausdruckssinn“, in der Frage WOZU? und den „Dokument Sinn“, in der Frage nach dem WIE? (vgl. Kap. 3.2). Diese Voraussetzung diente auch im vorliegenden Forschungsprozess als Orientierung, indem in der Darstellung der empirischen Befunde der „immanente Sinngehalt“ als Zusammenfassung dessen, WAS und WOZU die Interviewten sich geäußert hatten, aufgezeigt wurde, indem das „explizit Kommunizierte“ erfasst und in den eigenen Worten der Forscherin wiedergegeben wurde. Der „implizite Sinngehalt“ in der Frage danach, WIE die Akteure die Sachverhalte erlebten, wurde durch die Interpretationsleistung der Forscherin im Prozess der reflektierenden Interpretation rekonstruiert (vgl. Kap. 5).

Zum Prozess der Datenanalyse

Die Interpretation der Interviews erfolgte nach den Einzelschritten der Analysezugänge. Diese wurden bereits ausführlich im methodologischen Teil zur Beschreibung der dokumentarischen Methode beschrieben (vgl. 3.2.2).⁶¹ Hierzu wurden die thematischen Verläufe der Interviews zunächst nachgezeichnet, um die im Rahmen der Untersuchungsfragen relevanten Textausschnitte zu markieren und einer ersten Datenselektion unterziehen zu können. Wie bereits erwähnt, stellte sich in diesem ersten Analyseschritt der Datenbearbeitung bereits heraus, dass der überwiegende Teil der Textpassagen für die empirische Untersuchung einen relevanten Zugang bot, sodass in einem zweiten Schritt eine vollständige Transkription der Interviews vorgenommen wurde. Die Interpretation der Interviews erfolgte gemäß den Grundregeln der dokumentarischen Methode in drei Stufen: (1) die formulierende Interpretation, (2) die reflektierende Interpretation und (3) die daran anschließende Typenbildung.

⁶¹ Die Reflexion der Rekonstruktion der Daten erfolgte in einem regelmäßigen Austausch mit dem Forschungskollegium im Rahmen des Doktorandenkolloquiums an der PTHV sowie durch die Teilnahme an verschiedenen Methodenseminaren, die durch erfahrene Experten moderiert und begleitet wurden. Darüber hinaus fand ein engmaschiger Austausch mit einer Soziologin statt, welche die methodische Auswertung kritisch reflektierend begleitete.

(1) Formulierende Interpretation

In der ersten Stufe der Datenanalyse wurden alle Textpassagen einer formulierenden Feininterpretation unterzogen. In diesem Prozessschritt konnten in den jeweiligen Interviews Oberthemen und Unterthemen identifiziert und im Hinblick auf die Untersuchung besonders interessanter Textpassagen thematisch zusammengefasst werden. Bei diesem Schritt der Interpretation ging es vor allem um eine Reformulierung dessen, was die Interviewpartner selbst explizierten. Die thematische Gliederung in Ober- und Unterthemen diente dabei einer „*Entschlüsselung der thematischen Struktur*“ der Transkripte. Diese Struktur stand schließlich als Grundgerüst für die darauffolgende formulierende Interpretation zur Verfügung – für das, WAS von den Interviewten gesagt wurde (vgl. Bohnsack 2009, S. 325). Mit diesem Prozessschritt erfolgte eine Trennung zwischen den beiden Sinnebenen zwischen dem WAS und dem WIE des Gesagten.

(2) Reflektierende Interpretation

In der zweiten Stufe erfolgte die reflektierende Interpretation. Hier war die Rekonstruktion des impliziten Wissens der Akteure von zentraler Bedeutung, das über deren expliziertes Handlungswissen und die damit in Verbindung stehenden Handlungstheorien hinausreicht und einen Einblick in implizites, stillschweigendes, den Akteuren nicht bewusstes Wissen geben sollte. Hierbei galt es, im Gegensatz zu dem, was im Analyseschritt der formulierenden Interpretation an Aussagen der Interviewten durch den Interpreten thematisch zusammengefasst wurde, den Orientierungsrahmen der Akteure zu erfassen. Im Mittelpunkt dieses Prozessschrittes stand die Frage danach, WIE die Akteure das Thema der Ökonomisierung in den einzelnen Facetten bearbeiteten bzw. das damit verbundene „Problem“ von ihnen wahrgenommen und in der alltäglichen Handlungspraxis „abgehandelt“ wurde. Hierdurch konnte der „*Modus Operandi*“ oder der „*Habitus*“ der jeweiligen Interviewpartner rekonstruiert werden (vgl. Bohnsack 2009, S. 325 f.). Für diesen Schritt der Analyse wurden die Interviews zunächst einer Textsortentrennung unterzogen, um eine Unterscheidung zwischen den Textsorten der Beschreibungen, Erzählungen, Argumentationen und Bewertungen vornehmen zu können. Hierbei galt es vor allem, Passagen der Interviews zu identifizieren, die durch Erzählungen und Beschreibungen charakterisiert waren. Hierin stellten die Interviewten ihre Handlungs- und Geschehensabläufe dar, die Nohl (2012) zufolge dem Interpreten einen tiefer liegenden Blick in die Handlungspraxis der Akteure und deren eigenen, erlebten Erfahrungsraum ermöglichen (vgl. Nohl, A.-M. 2012, S. 42).

„Gerade, weil er seine Erzählung komplettieren (in ihrer Gestalt schließen), kondensieren und detaillieren muss, verstrickt sich der Erzähler in den Rahmen seiner eigenen Erfahrungen und lässt damit in

den Erzählungen einen tiefen Einblick in seine Erfahrungsaufschichtung zu.“ (Nohl, A.-M. 2012, S. 42)

Zur Erschließung der impliziten Wissensbestände galt es im Anschluss daran, mithilfe der reflektierenden Interpretation die nicht bewusst reflektierten Haltungen, die dem Habitus der Akteure zugrunde liegen, und die ihren jeweiligen Orientierungsrahmen prägen, in den Interviews zu analysieren.

Die Textsorten der Erzählungen und Beschreibungen erwies sich für die reflektierende Interpretation in der Tat als besonders wertvoll. Hierdurch ließen sich sowohl die semantische Interpretation als auch die komparative Sequenzanalyse aus den Textsorten besonders gut entwickeln. Anhand der unterschiedlichen Interviewsequenzen konnten somit die jeweiligen Orientierungsrahmen der Akteure in Zusammenhang mit der Entwicklung der Ökonomisierung in ihren erkennbar ähnlichen Mustern herausgearbeitet werden. Darüber hinaus dienten aber auch die Argumentationen und Bewertungen im Sinne Nohls (2012) als Herstellungsmodus von Rechtfertigungen und Bewertungen.

(3) Typenbildung

Durch den fortlaufenden Vergleich von fallinternen und -übergreifenden Sequenzen der Interviews konnte als dritte Stufe die komparative Analyse eingeleitet werden, die einen ersten Schritt zur Typenbildung darstellte. Dieser fortlaufende Vergleich galt darüber hinaus als methodische Kontrolle der eigenen Standortgebundenheit der Forscherin. Die eigenen impliziten Annahmen der Autorin zu den Folgen der Ökonomisierung in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege konnten zwar nicht vollständig „ausgeblendet“, aber durch die Vergleichshorizonte der empirisch dargestellten Vergleichsfälle als alleinige Kontrastfolie methodisch ausgeschlossen werden.

Vor dem Hintergrund der Identifikation kontrastierender Fälle war es möglich, spezifische Handlungs- und Orientierungsrahmen der jeweiligen Fälle zu präzisieren und weiter zu spezifizieren. In Vorbereitung auf diesen Schritt wurden zunächst sämtliche Vorannahmen der Forscherin, die sich aus der Theorie zeigten, zurückgestellt, da die Suche nach gemeinsamen Themen innerhalb des Datenmaterials im Vordergrund stand, um die Art und Weise, wie die Akteure die damit verbundenen „Probleme“ bearbeiteten, in unterschiedlichen Fällen miteinander zu vergleichen. Durch eine schrittweise Analyse relevanter Kriterien aus dem gesamten Datenmaterial heraus konnten so relevante Vergleichsdimensionen gefunden werden, die dazu geeignet waren, aus dem Datenmaterial Ober- und Unterthemen bzw. Kategorien und Subkategorien zu bilden, durch die

bestehende Ähnlichkeiten und Unterschiede im Sinne minimaler und maximaler Kontraste ermittelt werden konnten (vgl. Kelle, U., Kluge, S. 2010, S. 93). Diese Kategorien und Subkategorien wurden dergestalt mit- und untereinander in Beziehung gesetzt, sodass sich die Datenanalyse gemäß der dokumentarischen Methode zu einer Typenbildung herausbilden konnte. Im vorliegenden Untersuchungsfalle bedeutete dieser Analyseschritt einen unmittelbaren Vergleich der Interviews untereinander im Hinblick auf gemeinsame oder unterschiedliche Orientierungsrahmen der jeweiligen Akteure. Hierbei stand vor allem die Frage zentral, wie die Akteure die „ökonomischen Anforderungen“ in den Einrichtungen der vollstationären Pflegeeinrichtungen wahrnehmen und erfahren, und wie sie mit den damit verbundenen Konsequenzen in ihrem „Erfahrungsraum“, dem Praxisalltag in den Einrichtungen umgehen. Durch den fortlaufenden Prozess der komparativen Analyse wurde es schließlich möglich, mehrere sinngenetische Typiken zu entwickeln, in denen sich Kontraste in der Gemeinsamkeit finden ließen. In einem abschließenden Schritt der fallvergleichenden Analyse konnte so die Generierung zweier Grundtypiken sowie weiterer ausdifferenzierter Typologien vorgenommen werden. Die so entwickelten Typen bilden insofern empirisch fundierte Theorien, da sie durch ihren „sinngenetischen“ Orientierungsgehalt und die „soziogenetischen“ Hintergründe der unterschiedlichen Generationen der Akteure Aspekte eines professionellen, kollektiven Habitus der Managementverantwortlichen in der oberen, mittleren und unteren Führungsebene der Einrichtungen widerspiegeln. Durch die komparative Analyse konnte es schließlich gelingen, verallgemeinerbare Aussagen über die impliziten Orientierungsrahmen der Akteure zu treffen, die der Gestaltung und der damit verbundenen Strukturierung ihrer jeweiligen Handlungspraxis implizit zugrunde liegen.

Die bereits im Vorfeld der Untersuchung ausgedrückten Bedenken der Akteure zur Anonymisierung der Daten setzten eine besondere Sorgfalt bei der Datenverarbeitung voraus, die keinerlei Rückschlüsse auf die Personen zulassen sollte. Daher wurde aus Gründen der Anonymisierung auf die Verarbeitung der soziodemografischen Angaben, wie Berufsjahre, Lebensalter, ethnische Herkunft sowie auf die analytische Verarbeitung diverser beruflicher Sozialisationshintergründe, die für die ausgewiesene soziogenetische Typenbildung von Bedeutung sind, verzichtet.

5 **Rekonstruktion des Ökonomischen in der Versorgungspraxis der vollstationären Langzeitpflege**

In der Auseinandersetzung mit der Frage nach den Folgen der fortschreitenden Ökonomisierung und dem damit zusammenhängenden wachsenden Marktdruck auf die handlungsleitenden Orientierungen der Akteure in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege liegen bisher keine empirischen Forschungsergebnisse vor, die über den Stand weitreichender und differenzierter Annahmen hinausreichen (vgl. Kap. 2.3). Vor diesem Hintergrund war das Ziel der vorliegenden Analyse, über die Perspektive der Akteure zu einer möglichst umfassenden Darstellung ihrer Relevanzsysteme zu gelangen, die den theoretischen Vorannahmen und den damit verbundenen Fragestellungen nach den Folgen einer möglichen Unterordnung des Gesundheitswesens, hier im Feld der Langzeitpflege, unter die Regeln des Marktes gegenüber gestellt werden sollen.

Bevor auf die Darstellung der empirischen Befunde näher eingegangen wird, sei an dieser Stelle noch einmal an die theoretischen Vorannahmen erinnert, die in den zentralen Konzepten der Untersuchung näher beschrieben worden sind und weitgehend mit den impliziten Annahmen der Forscherin übereinstimmen.⁶²

Es wurde vorausgesetzt, dass die Ökonomisierung sowohl die Arbeitsbedingungen und die Handlungspraxis der Akteure sowie die Qualität der Pflege „deutlich“ beeinflusst. Darüber hinaus wurde angenommen, dass sowohl das Wertempfinden als auch das Ethos der Pflegenden unter der zunehmenden marktwirtschaftlichen Logik der Einrichtungen deutlich beeinträchtigt sind und dass der Beeinflussung der Feldstruktur der stationären Langzeitpflege von Seiten der Akteure wenig feldspezifische Aspekte entgegengesetzt werden (vgl. Kap. 2). Ziel der nachfolgenden feldspezifischen Untersuchung war es daher, diesen theoretischen Vorannahmen die Relevanzstrukturen der Akteure gegenüberzustellen, um so empirisch gehaltvolle Aussagen zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund bestand die nachfolgende Rekonstruktion des Feldes darin, unter Anwendung der dokumentarischen Methode das implizite, handlungsleitende Wissen der Akteure zu explizieren, um im Anschluss daran eine gegenstandsbezogene Theorie entwickeln zu können. Hierzu sollten die Kategorien und Subkategorien, die aus den Relevanzsetzungen der Akteure empirisch generiert werden konnten, und die den jeweiligen Unterkapiteln zugrunde liegen, mit

⁶² Der Umstand der persönlichen Nähe der Forscherin zum Gegenstand der Studie setzt den Autoren Przyborski/Wohlrab-Sahr (2014) zufolge eine besondere Reflexion über die Rolle der Forscherin voraus, die einerseits eine kritische Reserviertheit gegenüber der Praxis und der Überzeugungen der Interviewpartner möglich macht und gleichzeitig erlaubt, das Vertrauen der Personen im Feld zu gewinnen, das wesentlich zum Gelingen des Forschungsprozesses beiträgt.

den Aspekten der vorangegangenen theoretischen Annahmen verbunden werden. Anhand der Rekonstruktion der unterschiedlichen Orientierungsrahmen, mit denen die Beforschten das Thema Ökonomisierung und die damit zusammenhängenden Problemstellungen im Feld der vollstationären Langzeitpflege bearbeiten, sollte daran anschließend eine mehrdimensionale sinn-genetische Typenbildung entwickelt werden, welche die sozialen Zusammenhänge der Orientierungsrahmen der befragten Akteure einbezieht. Dem Verlauf der Studie folgend soll in den nachfolgenden Kapiteln auf die empirischen Ergebnisse der hier zusammengefassten Forschungsdimensionen eingegangen werden:

- In einem ersten Schritt wurde die Frage nach den ökonomischen Zielvorgaben und deren Bedeutung für die Handlungspraxis der Akteure aufgestellt. Hierzu fand eine Analyse statt, indem die wirtschaftlichen Anforderungen in den vollstationären Pflegeeinrichtungen den Ökonomisierungsgraden nach Schimank/Volkman (2008) zugeordnet werden konnten.
- Im Anschluss daran wurden die Dimension der ökonomisch bedingten Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Pflegepraxis sowie auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten beleuchtet. Hierzu wurde die wertorientierte Handlungsperspektive der Akteure einbezogen.
- Abschließend wurde die Dimension des normativen Stellenwertes der ökonomischen Logik im Handlungsfeld der Pflege herausgearbeitet, indem mögliche Maßnahmen zur Unterstützung der Akteure und eine damit verbundenen Innovationsperspektive näher untersucht wurden.

Um der Authentizität der Interviews so wenig wie möglich zu schaden, sollen in der nachfolgenden Rekonstruktion die Auszüge aus den transkribierten Interviews großzügig dargestellt werden. Dennoch kann mit der nachfolgenden Rekonstruktion des Feldes kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden. Die Rekonstruktion bietet vielmehr eine grundlegende Basis, die dazu beitragen soll, durch weitere kritische Beiträge und wissenschaftliche Diskurse ergänzt, erweitert und vertieft werden zu können.

In dem abschließenden Kapitel sechs folgt die Diskussion der Ergebnisse zur Ökonomisierung des Pflegerischen und deren Konsequenzen für die Praxis der Versorgung und das Versorgungshandeln der Akteure. Hierzu findet eine Zusammenführung der Empirie mit den theoretischen Annahmen statt, die in den zentralen Konzepten bereits aufgeführt worden sind.

Die Rekonstruktion der empirischen Untersuchung soll in dem nun folgenden Kapitel vorgestellt werden. Zur besseren Verständlichkeit wird für die Darstellung des nachfolgenden empirischen Rekonstruktionsprozesses erneut der Zeitmodus geändert werden.

5.1 Ökonomische Rahmenbedingungen und deren Konsequenzen für die ökonomische Handlungsperspektive

Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der vollstationären Pflegeeinrichtungen sind primär durch den Grundsicherungscharakter der Pflegeversicherung gekennzeichnet. Hierdurch manifestiert sich die Finanzierung der Einrichtungen nicht in einem bedarfsdeckenden Umfang, sondern im Sinne des Teilkaskoprinzips (vgl. Kap. 2.2.2). Die hiermit verbundenen ökonomischen Rahmenbedingungen verursachen nicht nur einen erheblichen Kostendruck, sondern sind vor allem sowohl für die Versorgungsstrukturen als auch für die Arbeitsbedingungen der Pflegenden von Bedeutung (vgl. Kap. 2.3.4). Dieser impliziten These, die bereits in den theoretischen Vorannahmen ausführlich diskutiert wurde, sollte in der empirischen Untersuchung nachgegangen werden. Vor dem Hintergrund des Stufenmodells der Ökonomisierung nach Schimank/Volkman (2008) soll die konkrete Relevanz der ökonomischen Rationalität spezifiziert und eine damit verbundene mögliche Schwächung der Feldautonomie in der vollstationären Langzeitpflege empirisch aufgezeigt werden. Zur Konkretisierung eines möglichen Autonomieverlustes steht hierzu die Frage nach der Bedeutung der ökonomischen Prinzipien der Verlustvermeidung und Gewinnmaximierung für die Einrichtungen an zentraler Stelle.

Das folgende Kapitel zu den ökonomischen Zielvorgaben und deren Konsequenzen für die ökonomische Handlungsperspektive betrachtet die Effekte, welche die fortschreitende Ökonomisierung für die Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege mit sich bringen und wie sich die Bedeutung der zunehmenden marktwirtschaftlichen Logik in der Führungspraxis der Akteure niederschlägt. Zur tatsächlichen Erfassung der Ökonomisierungsgrade, die sich durch die Veränderungen der Ökonomisierung im Feld der vollstationären Langzeitpflege abzeichnen, sollen daher in den nachfolgenden Unterkapiteln die Ergebnisse der Schilderungen der Interviewten herangezogen werden, die sich in ihren eigenen Relevanzsetzungen zeigten. Diese lassen sich in die folgenden Subkategorien aufteilen: (1) *Wirtschaftliche Anforderungen, Grade der Ökonomisierung und Grade der Belastung der Akteure*, (2) *Ökonomische Zielvorgaben, Umsetzungsstrategien und Instrumente*, (3) *Grenzen der ökonomischen Rationalisierung*.

5.1.1 Wirtschaftliche Anforderungen, Grade der Ökonomisierung und Grade der Belastung der Akteure

Die Bedeutung der „wirtschaftlichen Anforderungen“ für die Versorgungspraxis der Interviewten geht aus allen Interviews hervor, da die Akteure in den Interviews in unterschiedlicher Weise die Relevanz des Zuwachses ökonomisch orientierten Handelns bestätigen. Auf einzelne Aspekte der Interviewten, die sie in diesem Zusammenhang erwähnen, soll im Folgenden näher eingegangen werden, indem die nachfolgenden exemplarisch ausgewählten Interviewausschnitte im Rahmen der formulierenden und reflektierenden Interpretation hervorgehoben und deren empirischer Gehalt dargelegt wird.

Der Einrichtungsleiter Herr Fuchs (PD) schildert im Rahmen der Fragestellung nach den möglichen ökonomischen Zielvorgaben der Einrichtung, dass eine jährliche Budgetplanung für das Folgejahr erstellt wird, die sich prinzipiell an den vorgegebenen Personalrichtwerten orientiert und die von ihm eingehalten wird.

Herr Fuchs: (PD): „[...] Nicht nur, weil man es einhalten muss, sondern, weil es auch Sinn macht. Durch dieses hohe Maß an Arbeit brauchen sie ja auch entsprechend Pflegepersonal, und die Personalzahlen, die vorgegeben sind, erfüllen das im Großen und Ganzen schon ganz ordentlich. Da ist also nicht eine Tendenz, sodass man sagt, Ihr müsst da immer irgendwo am Minimum fahren, sondern ich sage ganz klar, die Personalzahlen sind da, die werden auch in die Budgets mit eingearbeitet und danach orientiere ich mich. Und alle anderen Vorgaben, die natürlich bei einer Budgetplanung mit vorkommen, sind ja meistens ja noch die anderen Posten wie Wirtschaftskosten, Sachkosten, die aber nicht die Rolle spielen. Man plant das natürlich ein, grenzt das ein, aber nicht zu dem Zwecke zu sagen, also da muss jetzt wirklich viel am Ende bei herauskommen.“ (Z. 32-43)⁶³

In der hier vorgelegten Beschreibung bringt Herr Fuchs nicht nur seine Bereitschaft zur Pflichterfüllung zum Ausdruck, sondern es dokumentiert sich auch seine zustimmende Haltung gegenüber dem Vorgehen einer jährlichen Budgetplanung, wenn er argumentiert, dass diese Form der Planung durchaus sinnvoll ist. In seinen Schilderungen dokumentiert sich ein positiver Horizont, indem er die Vorstellung über die gegebenen ökonomischen Rahmenbedingungen nicht nur für erstrebenswert, sondern auch für umsetzbar hält. Er bestätigt, dass die Personalzahlen, die vorgegeben sind, „im Großen und Ganzen“ auch den tatsächlichen Bedarf an Personal widerspiegeln. In dieser Verwendung des Synonyms des „Großen und Ganzen“ bringt er zum Ausdruck, dass seiner Einschätzung nach die Personalzahlen gemeinhin bzw. mehr oder weniger hinreichend sind, oh-

⁶³ Wie bereits erwähnt, soll zum besonderen Schutze der Interviewten zur Anonymisierung die Mundart der Akteure geglättet und auf ein Transkriptionssystem zurückgegriffen werden, das den Fokus auf den Inhalt des Redebeitrags setzt (vgl. Kap. 4.4).

ne jedoch genauere, konkretere Angaben darüber zu machen. Durch die Verwendung des Begriffes der Tendenz grenzt er seine Vorstellungen über den Personalbedarf näher ein, da er keinen Anlass darin sieht, dass die Pflegenden mit ihren Versorgungsleistungen „*immer irgendwo am Minimum fahren*“ bzw. diese unter minimalen Personalbedingungen verrichten müssten. Er setzt vielmehr voraus, dass er alle ihm zur Verfügung stehenden Mittel für den Personalbereich auch einsetzt, da die bestehenden Personalzahlen „*auch in die Budgets mit eingearbeitet werden*“ und kommuniziert dies offen und transparent gegenüber seinen Mitarbeitern. Herr Fuchs betont ausdrücklich, dass er sich an dieser Budgetplanung orientiert, sodass davon auszugehen ist, dass ihm sehr daran gelegen ist, den Mitarbeitern die Ressourcen zukommen zu lassen, die das Jahresbudget auch „hergibt“. Insgesamt, so der Interviewte, dient die Budgetplanung jedoch ausschließlich einer betriebswirtschaftlichen Orientierung, nicht aber dem Zwecke einer Gewinnmaximierung, indem „*jetzt wirklich viel am Ende bei herauskommen*“ müsste. Aus den Erzählungen und Beschreibungen von Herrn Fuchs (PD) geht ein offenes und aktives Einvernehmen mit den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen hervor, die er in der Praxis anwendet und umzusetzen weiß.

Auch aus einem Interviewabschnitt mit der Pflegedienstleiterin Frau Petz (PDL) geht eine Einschätzung der derzeitigen Situation vor dem Hintergrund der betriebswirtschaftlichen Anforderungen hervor, die von der Interviewten wie folgt dargestellt wird:

Frau Petz (PDL): „*Heute ist das Personal knapper, obwohl ich immer der Meinung bin, dass wir noch einen ganz guten Stamm hier haben*“ (Z. 13-14).

Auch in dieser Beschreibung der Interviewten verdeutlicht sich, dass sich die betriebswirtschaftliche Situation im Zusammenhang mit der aktuellen Versorgungsstruktur im Gegensatz zu früher geändert hat, aber die Situation als solche dennoch von der Interviewten als potenziell umsetzbar eingeschätzt wird. Aus den Erzählungen und Beschreibungen von Frau Petz wird deutlich, dass sie die Veränderungen in den letzten Jahren bewusst wahrnimmt, reflektiert und auch vergleicht, aber in ihrer Gesamteinschätzung dennoch nicht von einer negativen betriebswirtschaftlichen Situation ausgeht.

In einem weiteren Interview mit Frau Käfer, einer stellvertretenden Pflegedienstleiterin (SPDL) zeigt sich, dass die Einhaltung des Stellenschlüssels ganz wesentlich mit der Einhaltung der Budgetplanung verbunden ist. Vor diesem Hintergrund der betriebswirtschaftlichen Anforderungen, die an sie als stellvertretende Pflegedienstleiterin gestellt werden, erwähnt sie:

Frau Käfer (SPDL): „*Der Stellenschlüssel ist ja immer ziemlich eng gehalten [...] und man läuft schon sehr am Limit*“ (Z. 26-27).

In dieser Schilderung der Interviewten dokumentiert sich ihre Wahrnehmung über die aktuellen betriebswirtschaftlich bedingten Umstände, so wie diese sich in der Alltagspraxis abzeichnen, die sie mit den Worten umschreibt, dass „*man*“ sich im Bereich der Personaleinsatzplanung aus betriebswirtschaftlichen Gründen sehr am „*Limit*“ bewegt. Mit dem Begriff *Limit* wählt sie eine Form der Darstellung, die eine Grenzsituation impliziert. In ihrer Beschreibung dokumentiert sich eine Arbeitssituation, die aus ihrer Sicht als grenzwertig bezeichnet werden kann, da sie nur wenig Handlungsspielraum zulässt, wenn beispielsweise unvorhergesehene Dinge eintreten. Aus der Art der Beschreibung von Frau Käfer geht hervor, dass sie den „*engen Stellenschlüssel*“, den sie im Rahmen der Budgetplanung einhalten muss, mit einer Rationierung verbindet, die zu einer Einschränkung der Autonomie in der Personaleinsatzplanung führt und als „*stete Belastung*“ im betrieblichen Alltag erfahren wird.

Im Unterschied zu der Wahrnehmung von Herrn Fuchs (PD) und Frau Petz (PDL), die ihre Einschätzung über die ökonomischen Zielvorgaben und deren Konsequenzen für die ökonomische Handlungsperspektive als weniger „*limitiert*“ erfahren, wird in der Darstellung von Frau Käfer (SPDL) deutlich, dass von einer Rationierung in der Personalplanung ausgegangen werden kann, die im Rahmen der Einhaltung der Budgetplanung als „*Muss-Erwartung*“ zur Verlustvermeidung an sie herangetragen wird und demnach im Sinne der Stufe 3 der Ökonomisierungsgrade nach Schimank/Volkmann interpretiert werden kann.

Rationalisierungsmaßnahmen dokumentieren sich auch im Bereich der Sachkostenleistungen, die sich im Zuge der Ökonomisierung entwickelt haben. Dies geht deutlich beispielsweise aus den Erzählungen der Pflegedirektorin Frau Lutz (PD) hervor, die sich auf den erzählgenerierenden Stimulus der Eingangsfrage zu den Veränderungen in der Einrichtung beziehen:

Frau Lutz (PD): „[...] Ich kann es nicht sagen, ich sehe nur, dass es nicht ausreicht“

I: „Es reicht nicht?“

Frau Lutz (PD): „Nein, dass häufig *"bejammert"* wird, dass eben die Wäsche nicht wie gewünscht bevorratet ist.“

I: „Hat sich das verändert, gab es auch andere Zeiten, gab es auch Phasen, in denen damit großzügiger umgegangen werden konnte?“

Frau Lutz (PD): „Ja, wir hatten ja die Gesamtwäsche mit dem großen Krankenhaus zusammen und wir sind einfach bedient worden. Und es gab eine Pauschalsumme, die monatlich von der [REDACTED] an den großen Verein abgeführt wurde. Um das jetzt zu optimieren, hat man das rausgelöst, hat eine eigene

Wäscherei genommen und wie ich das sehe, ist das nicht mit Erfolg gewesen das ganze Unterfangen“
(Z. 6-21).

In der Erzählung und Beschreibung zu den Veränderungen in der Einrichtung beginnt Frau Lutz (PD) damit, die gesamte Situation zusammenfassend darzustellen, indem sie beschreibt, dass „die Mittel“ nicht ausreichen. Auf die Nachfrage der Interviewerin nach den konkreten Veränderungen zieht Frau Lutz (PD) hierzu als Beispiel das Verfahren der Wäscheversorgung heran, das zur betriebswirtschaftlichen Optimierung an einen externen Dienstleister übergeben wurde. Frau Lutz (PD) kommentiert diese Veränderung durch die Hervorhebung, dass „*dieses Unterfangen*“ „*nicht mit Erfolg*“ „*gekrönt*“ sei und deutet hiermit an, dass der Träger mit diesem Handlungsschritt aus ihrer Sicht ein „Wagnis“ eingegangen ist, das deutliche Qualitätseinbußen nach sich zieht. Aus ihrer Sicht scheint „die Rechnung nicht aufgegangen zu sein“, da der Wäschevorrat der Bewohner insgesamt zu gering ist und die Mitarbeiter die Art der Wäscheversorgung „*bejammern*“, womit sie metaphorisch andeutet, dass sie und die Pflegenden der alten Situation in der Organisation der Wäscheversorgung „nachtrauern“. Sie und die Pflegenden „beklagen“ die Veränderung insofern, als dass sie diese Rationierungsmaßnahmen, die durch die Beschränkung der Abgabe bzw. Zuteilung von Wäschevorräten zur betriebswirtschaftlichen Optimierung insgesamt als große Einbußen in der Versorgungsqualität wahrnehmen. Aus der Wahrnehmung der Interviewten zu den wirtschaftlichen Anforderungen geht insgesamt eine kritische Haltung hervor, die sie vor allem mit einem Qualitätsverlust verbindet.

5.1.2 Ökonomische Zielvorgaben, Umsetzungsstrategien und Instrumente

Die Frage danach, inwiefern marktorientierte Anpassungsprozesse, die durch die betriebswirtschaftlichen Vorgaben der Einrichtungen bedingt sind, sich im Bereich des Pflegemanagements durchsetzen, und die Frage danach, wie die betriebswirtschaftliche Logik in der Versorgungspraxis überhaupt sichtbar wird, sind eng verknüpft mit den ökonomischen Zielvorgaben, die durch das Top-Management der Einrichtungen formuliert werden. Hierzu sollen in dem nachfolgenden Unterkapitel ausgewählte Interviewabschnitte vorgestellt werden, welche die Transparenz im Umgang mit dieser Logik und der damit verbundenen Handlungsorientierung der Akteure verdeutlichen.

Hierzu beginnt die Pflegedienstleiterin Frau Mücke (PDL) mit ihren Schilderungen und hebt das für sie relevante Jahresgespräch mit der Geschäftsleitung hervor, indem Zielvereinbarungen getroffen werden, deren Einhaltung in einem quartalsmäßigen Verfahren überprüft wird. Die

Interviewte äußert, dass die Balanced Scorecard (BSC) hierzu als Steuerungsinstrument eingeführt worden ist.

Frau Mücke (PDL): „Wir machen ja Zielvereinbarungen im Jahr. Das ist ein Jahresgespräch mit der Geschäftsführung. Müssen da auch immer quartalsmäßig praktisch quoten, was wir abgearbeitet haben. Wie ist der Stand der Dinge? Da ist die Balanced Scorecard, worüber das ausgewertet wird und das ist so ökonomisch, wo wir sagen, damit arbeiten wir ganz eng. Dann haben wir ein Personalbedarfsplan jeden Monat. Da rechne ich aus, wir haben vier Wohnbereiche, wie ist da die Belegung auf den Wohnbereichen, was für Pflegestufen haben die Bewohner? Und danach errechnet sich die tägliche Arbeitszeit auf den Wohnbereichen und danach setzen wir dann auch den Arbeitsplan. Wir halten uns da so als Richtung an den Arbeitsplan dann auch.“ (Z. 59-68)

Frau Mücke (PDL) beschreibt die BSC als „ökonomisch“ und betont, dass sie in der Einrichtung „ganz eng“ mit diesem Instrument arbeiten. Aus den Aussagen der Interviewten geht hervor, dass sie in der Anwendung des Instrumentes ein wirtschaftliches Steuerungsinstrument sieht, das ihre eine gute Orientierung in der täglichen Handlungspraxis bietet. Im weiteren Verlauf des Interviews beschreibt Frau Mücke (PDL) weitere Kenngrößen, die ihr als Anhaltspunkte in ihrer Steuerungsfunktion zur Verfügung stehen. Hierunter fallen der monatliche Personalbedarfsplan, die aktuelle Belegungssituation der Wohnbereiche sowie die Pflegestufen der Bewohner, die ihr eine Grundlage zur Berechnung der täglichen Arbeitszeit sind. Hieran orientiert sie schließlich den Personaleinsatz auf den jeweiligen Wohnbereichen. Durch die Schilderungen der Interviewten ist davon auszugehen, dass ihr als Leitungskraft alle betriebswirtschaftlichen Kennzahlen vorliegen, die sie zu einer angemessenen Steuerung der Personaleinsätze bedarf. Hierin dokumentiert sich ein transparenter Umgang zwischen der Geschäftsleitungsebene und ihr. Durch die jährlichen Zielvereinbarungen und eine quartalsmäßige Überprüfung des „Ist-Standes“ ist aus beiden Perspektiven die Möglichkeit einer zeitnahen Intervention gegeben. In dieser offenen und transparenten Form der Kommunikation innerhalb der Führungsebenen zeigt sich ein gegenseitiges Vertrauen und vor allem ein Vertrauen der Geschäftsführung in die betriebswirtschaftliche Steuerungskompetenz der Pflegedienstleiterin. Insgesamt wird hierin ein positiver Horizont deutlich, da die Interviewte mit der Umsetzung der betrieblichen Zielvereinbarungen und der Anwendung von Kennzahlen im Rahmen ihrer Personaleinsatzplanung eine für sich sinnvolle und gleichzeitig umsetzbare Handlungspraxis verbindet.

Auch aus dem Interview mit Herrn Kautz (PDL) geht nachdrücklich hervor, wie mithilfe der Balanced Scorecard (BSC) in der Einrichtung jährliche Zielvereinbarungen getroffen werden, die eine Zusammenarbeit mit der Einrichtungsleitung unterstützen sollen.

Herr Kautz (PDL): „Ja, es ist schwierig, es wird ja gearbeitet bei [REDACTED] mit den Zielvereinbarungen. Ich lerne sie eher als Zielvorgabe kennen mittlerweile. Es ist aber auch, weil Herr [REDACTED] und ich, wir sind ein Leitungsteam. Normalerweise macht die GF keine Zielvereinbarungsgespräche mit den Einrichtungsleitungen. Dadurch, dass ich das Haus halt schon sehr lange begleite, hat sich herausgestellt, dass es sinnvoll ist, wenn wir das zusammen machen. Also Zielvereinbarungsgespräche gibt es jedes Jahr. Klar! Anhand der Balanced Scorecard, die ich jetzt auch erst einmal kennenlernen musste, war das für mich eine Sache, die ich noch gar nicht kannte, wo auch nicht irgendwie so mal oder mal eine Fortbildung oder irgendetwas stattgefunden hat. Es gibt halt diese Zielvereinbarungen, die zielen ganz klar, logischerweise auf /. Als Pflegedienstleiter habe ich ja zwei / nicht Stellschrauben, möchte ich sie ungerne nennen, das sagen immer gerne die Kollegen. Das ist halt einmal die Belegung, die ich ein bisschen steuern kann bis zu einem gewissen Punkt, und den Pool der Mitarbeiter. Das ist halt das, was ich halt versuche übereinzubringen. Also, was ich auch ganz klar mit den Mitarbeitern kommuniziere, also wo ich nicht von oben herab sag so oder so, wo ich sage, wir haben das Potenzial und ich kümmere mich darum, wie wir es halt ausschöpfen, sondern ich kommuniziere es mit den Mitarbeitern, damit die wissen, wie wichtig für uns als Haus eine Pflegestufe II oder III ist auch für die Personalberechnung nicht nur für die Wirtschaftlichkeit, sondern auch wie sich das Personal errechnet. Und das sind ganz klar Vorgaben, die ich, ja Vorgaben möchte ich nicht sagen, ich werde halt kontrolliert.“ (Z. 41-67)

Die wesentlichen Aspekte der Zielvereinbarung, die den Interviewten betreffen, sind die Belegungsstruktur der Einrichtung in Abhängigkeit von den Pflegestufen, die Krankheitsbilder der Bewohner und der bestehende Pool der Mitarbeiter. In der Erzählung und Beschreibung zeigt sich, dass Herr Kautz (PDL) diese Aspekte bis zu einem gewissen Maße, „ein bisschen“ und „bis zu einem gewissen Punkt“ aktiv steuern und beeinflussen kann. Er weist darauf hin, dass er in seiner Kooperation mit den Mitarbeitern offen über diese Einflussmöglichkeiten spricht und bindet sie so transparent ein in die Zusammenhänge, die sich aus den Pflegeeinstufungen der Bewohner und die damit verbundene Personalberechnung ergibt. In dem offenen und transparenten Umgang von Herrn Kautz (PDL) mit seinen Pflegemitarbeitern zeigt sich eine Handlungsorientierung und -absicht, die es den Mitarbeitern ermöglicht, die Zusammenhänge zwischen dem Pflegebedarf der Bewohner, den Pflegeleistungen und den erforderlichen Personalleistungen nachvollziehen zu können. Mit dieser Grundhaltung könnte davon ausgegangen werden, dass die Transparenz sich förderlich auf die Handlungsorientierung der beteiligten Mitarbeiter in der Pflege auswirkt, da der Interviewte die Pflegenden zu Beteiligten macht und sie in die wirtschaftliche Verantwortung einbezieht. So entsteht die Grundlage dafür, dass die Pflegenden die Verantwortung zur Einschätzung der Pflegebedarfe aktiv übernehmen und ggfs. Maßnahmen zur Höherstufung der Bewohner einleiten können. Gleichwohl zeigt sich in dem Interviewabschnitt sowohl am Anfang als auch am Ende eine gewisse Ambivalenz in der Darstellung des Interviewten. Diese Ambivalenz wird deutlich, da wo Herr Kautz (PDL) die Zielvereinbarungen eher als „Zielvorga-

ben“ erlebt, indem er sich im Laufe des Gespräches korrigiert und erwähnt, dass er durch die Zielvorgaben kontrolliert werde. Durch diese ambivalente Schilderung ist zu vermuten, dass Herr Kautz (PDL) in der Umsetzung der Zielvereinbarung nicht nur die Basis zu einem offenen und transparenten Umgang mit seinen Vorgesetzten im Rahmen der betriebswirtschaftlichen Steuerungsfunktion erfährt, sondern dass er eher in einer negativen Konnotation die Zielvorgaben als eine mehr oder weniger „starke Kontrolle“ für sich wahrnimmt.

Auf die immanente Nachfrage nach der Transparenz der ökonomischen Ziele bestätigt Herr Kautz (PDL) die Transparenz im Umgang mit diesen Zielen und fasst die wichtigsten Aspekte, die seinen Verantwortungsbereich zur Zielerreichung betreffen, in einem kurzen Satz zusammen:

Herr Kautz (PDL): „Ich weiß, ich muss eine gewisse Belegung haben und ich darf (unv.) nicht zu viel Personal haben. Darum dreht sich eigentlich im Prinzip alles“ (Z. 72-74).

Im Kontrast zur Pflegedienstleiterin Frau Mücke (PDL) offenbart sich in der Darstellung von Herrn Kautz (PDL), dass mit der Einführung der Zielvereinbarungen anhand der Balanced Scorecard (BSC) nicht nur deren Einhaltung überprüft wird, sondern er erfährt durch die Anwendung des Verfahrens vielmehr eine Kontrolle, die von der Einrichtung ausgeht. Während aus dem Interview mit Frau Mücke (PDL) hervorgeht, dass die jährlichen Zielvereinbarungen als offene, transparente und vertrauensvolle Form der Kommunikation innerhalb der Führungsebenen erlebt wird, dokumentiert sich im Kontrast dazu, dass Herr Kautz (PDL) dies viel eher als fehlendes Vertrauen in seine betriebswirtschaftliche Steuerungskompetenz wahrnimmt. Ein weiterer Kontrast in den Beschreibungen der beiden Interviewpartner stellt sich dort dar, wo Frau Mücke (PDL) mit der Umsetzung der betrieblichen Zielvereinbarungen eine sinnvolle und gleichzeitig umsetzbare Handlungspraxis verbindet, während Herr Kautz (PDL) lediglich von einer reduzierten Möglichkeit in seiner Steuerungsfunktion ausgeht, indem er erwähnt, dass er die Belegung der Einrichtung und den „Pool der Mitarbeiter“ lediglich geringfügig beeinflussen kann. Dennoch dokumentiert sich in der Kooperation mit seinen Mitarbeitern ein offener und transparenter Austausch über die betriebswirtschaftlichen Zusammenhänge, die sich aus der Belegungsstruktur der Bewohner ergibt.

5.1.3 Grenzen der ökonomischen Rationalisierung

In seiner praktischen Bedeutung kann der Prozess der Ökonomisierung aus der Perspektive der Anbieter stationärer Pflegeleistungen als marktwirtschaftlicher Prozess verstanden werden, der zu einer planbaren und ökonomisch-rationalen Strukturierung der Organisationen auffordert. In der Frage danach, wie die betriebswirtschaftliche Logik in der Versorgungspraxis der Langzeit-

pflegeeinrichtungen sichtbar wird und wo sie an ihre Grenzen gerät, sollen die nachfolgenden Interviewabschnitte herangezogen werden.

Auf eine an den Eingangsstimulus erfolgte immanente Nachfrage der Interviewten nach den Entwicklungen der Versorgungsqualität für die Pflegebedürftigen in der Einrichtung geht die Pflegedirektorin Frau Lutz (PD) unmittelbar ein, indem sie nicht auf die Situation der Pflegebedürftigen Bezug nimmt, sondern ihre Wahrnehmung und Einschätzung gegenüber der Situation der Pflegenden aufgreift, da dies offenbar ihr vorrangiges Anliegen ist:

Frau Lutz (PD): „Also, ich sehe, dass die Teams überfordert sind. Es gibt ja immer Schwankungen. Da man schicksalhaft / der eine oder andere erkrankt oder einen Schlaganfall bekommt oder einen Sturz hat und operiert werden muss und anschließend wesentlich mehr Pflege braucht, wenn diese geballten / Zusammentreffen, der Krankheitsbilder von den Bewohnern, die Mitarbeiter über längere Zeit pflegen müssen und arbeiten müssen. Da ist sehr schnell so dieser Trend zum Überfordertsein. Man braucht ein ausgewogenes /. Das kann man mal eine Woche oder einen Monat schaffen, aber dann muss am Horizont zu sehen sein, dass wieder bessere Zeiten kommen, weil die Mitarbeiter sehr, sehr gefrustet sind. Einfach überlastet sind“ (Z. 32-41).

In der gesamten Interviewpassage geht die Interviewte nicht unmittelbar auf die Frage nach der Entwicklung der Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen ein, sondern lediglich indirekt, indem sie sich in ausführlicher Weise auf die aktuelle Arbeitssituation der Pflegebedürftigen bezieht. Sie beginnt mit der Zusammenfassung ihrer Wahrnehmung und Einschätzung über die aktuelle Situation, indem sie formuliert, dass „die Teams überfordert sind.“ Sie sieht an dieser Stelle in der Multimorbidität der Bewohner den Grund für die Überforderung vor allem dann, wenn die Pflegenden diesen Beanspruchungen über eine längere Zeit ausgesetzt sind. Die Interviewte greift noch einmal den Begriff der „Überlastung“ auf und beginnt damit, diesen aus ihrer Sicht näher zu beschreiben.

I: Überlastet? (Z. 143)

Frau Lutz (PD): „Überlastet, wenn sie ihre Arbeit gut machen. Und ich behaupte einfach mal, dass die Mehrheit der Mitarbeiter wirklich ihre Arbeit gut machen möchten und da häufig an ihre Grenzen stoßen. Also man braucht auch im Berufsleben eine ausgewogene Arbeit. Ich vergleiche das immer mit der Statistik, dass der Mensch morgens / ist ja die Leistungskurve ganz oben und dann geht die über den Tag langsam runter und läuft aus. Und wir werden heute einem Computer gleichgestellt. Die Leistungskurve geht hoch, wenn sie morgens um 6:15 Uhr zum Dienst kommen und dann muss die Leistungskurve und die Konzentration zur kontinuierlich, bis sie nach Hause gehen, auf dem obersten Level sein. Und das ist nicht so, das wird dem Menschen mit seiner Physis nicht gerecht. Das schafft er nicht. Aber, wir verlangen ihm das ab heutzutage. Und das geht nicht, weil wir sehr häufig vom Computer auf den Menschen überleiten. Und das genauso haben möchten. Und das müssen wir hinbekommen,

„diesen Spagat“, dass wir den Menschen so akzeptieren, wie er ist und auch mit seiner Biografie, mit seinem schicksalhaften Privatleben, seinem Gesundheitszustand. Der Mensch ist nicht jeden Tag gleich.“ (Z. 145-160)

Indem Frau Lutz (PD) zur Erklärung ihrer Auffassung das Ethos der Pflegenden heranzieht, geht sie davon aus, dass die meisten Mitarbeiter den Anspruch haben, ihre pflegerischen Aufgaben in guter Weise zu erfüllen und sieht gerade in dieser grundlegenden Bereitschaft eine enge Verknüpfung zu ihrer Überlastung und dafür, dass sie an ihre Grenzen stoßen. In dem Interviewausschnitt dokumentiert sich an einem weiteren Beispiel ein negativer Gegenhorizont, den die Interviewte mit den Entwicklungen in der vollstationären Langzeitpflege in Verbindung bringt und gegen den sie sich offensichtlich zur Wehr setzt. In ihrer Beschreibung zeigt sich ihr Orientierungsschema, da sie voraussetzt, dass der Mensch einer ausgewogenen Arbeit bedarf, und die menschliche Leistungsfähigkeit nicht mit dem Funktionieren eines Computers gleichgesetzt werden dürfe. Insofern sie diesen Vergleich als ungerechtfertigt ablehnt, offenbart sich ihr negativer Gegenhorizont gegenüber den Entwicklungen in Zusammenhang mit der Ökonomisierung, den sie damit begründet, dass dem Menschen dies aus biologischen Gründen nicht gelingt, *„dass er das nicht schafft“*. Hierzu nimmt sie in ihrem Vergleich Bezug zu einem Phänomen der technologischen Entwicklung, das als Teil der Ökonomisierung zu verstehen ist. Kritisch bezieht sie aus ihrer Sicht Stellung auch gegen die Tendenzen des ständigen Zeitdrucks. Frau Lutz (PDL) weist insbesondere darauf hin, dass, obwohl davon auszugehen ist, dass der Mensch in seiner Leistungsfähigkeit nicht mit einem Computer verglichen werden kann, die aktuellen Rahmenbedingungen dies dem Menschen dennoch abverlangen. *„Aber, wir verlangen ihm das ab heutzutage.“* Sie versucht hiermit zum Ausdruck zu bringen, dass *„man“* unter den heutigen gesellschaftlichen Bedingungen als Führungsverantwortliche genötigt ist, den Mitarbeitern eine Arbeitssituation zuzumuten, die sich an einem „unverhältnismäßigen Maßstab“ orientiert. Die Erfüllung dieses Maßstabes wird den Mitarbeitern „einfach“ auferlegt, indem *„man“* sich über seine natürlichen Grenzen hinwegsetzt. Sie bezeichnet diese Anforderung an die Führungskräfte als „Spagat“, den es zu meistern gilt. Mit der angewandten Metaphorik „Spagat“ bringt sie gleichzeitig zwei Aspekte zum Ausdruck. Einerseits zeigt sie, dass diese Perspektive aus ihrer Sicht nur schwer zu bewältigen ist, da beide Anforderungen nur schwer miteinander zu vereinbaren sind. Andererseits ist mit dem Bild „Spagat“ zu assoziieren, dass Anforderungen zwar gestellt werden, aber dass auch zu respektieren ist, wenn der Mensch diese Anforderungen nicht erfüllen kann. In ihrer Beschreibung und Argumentation weist Frau Lutz (PDL) darauf hin, in der Führungssituation auch davon ausgehen zu müssen, den Mitarbeitern in einer Weise zu begegnen, die auch ihr *„schicksalhaftes Privatleben“*, den *„jeweiligen Gesundheitszustand“*, berücksichtigt, da der Mensch nicht jeden

Tag gleich (gestimmt) ist. Hier zeigt sie die Grenzen der Ökonomisierung auf, die da liegen, wo die Führungsverantwortlichen der Einrichtungen sich über die menschlichen Aspekte „hinwegsetzen müssen“, da der nötige Raum für den Respekt fehlt, den Menschen so zu nehmen, wie er ist. Das bedeutet, ihn auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass er sich als emotionales Wesen von dem statischen Funktionieren eines Computers unterscheidet.

Eine Darstellung der Grenzen der Ökonomisierung, die sich aufgrund enger personeller und zeitlicher Ressourcen ergeben, geht auch aus den Schilderungen der nachfolgenden Interviewpassagen mit dem Pflegedienstleiter Herr Kautz (PDL) hervor:

I: Und wo würden Sie sagen, ist das am meisten spürbar? wo zeigt sich das am meisten im Versorgungsalltag? (Z. 235-236)

Herr Kautz (PDL): An der Zeit, die man hat speziell am Bewohner. Das ist halt das, was den Mitarbeitern fehlt und was den Bewohnern auch fehlt. Wenn halt Mitarbeiter / Bewohner zu mir kommen / also sie beschwerten sich nicht direkt, aber man sucht so das Gespräch, man geht halt durch die Einrichtung, sucht das Gespräch mit den Bewohnern, dann nehmen die ja schon manchmal Rücksicht auf uns. Das muss man sich mal vorstellen. Also der Pflegebedürftige nimmt Rücksicht auf den zu Pflegenden, weil er genau weiß, er hat keine Zeit. Und das ist wirklich ein Punkt, der eigentlich nie in der Pflege da sein darf. Ich habe eben noch mit einer Bewohnerin gesprochen, welche die Wasserflasche / Die ist geistig völlig fit, hat ein körperliches Gebrechen im Moment an der Schulter und die kriegt ihre Wasserflasche nicht auf. Die hat zu mir klipp und klar / und da habe ich dann gesagt: ‚Warum sagen Sie denn nichts, ich hör doch, was hier los ist.‘ ‚Ich wollte warten und um drei kommt eh einer, der kann mir dann die Wasserflasche aufmachen.‘ Also wird dann von eins bis drei Uhr kein Wasser getrunken, weil die Pflegebedürftigen schon Rücksicht auf die Mitarbeiter nehmen“ (Z. 238-252).

Herr Kautz (PDL) beginnt damit, zu beschreiben, dass es an Zeit mangelt, Zeit die den Mitarbeitern in der Arbeit an den Bewohnern fehlt. Hierzu führt er ein Beispiel an, dass er in einem Gespräch mit einer Heimbewohnerin erfahren hat, aus dem hervorgeht, dass es Situationen gibt, in denen der Heimbewohner Rücksicht auf die Pflegenden nimmt, da er weiß, dass diese keine Zeit haben. Er schildert hierzu die Situation einer geistig orientierten Heimbewohnerin, die aufgrund einer Bewegungseinschränkung ihrer Schulter Schwierigkeiten beim Öffnen ihrer Mineralwasserflasche hatte und aus Rücksicht auf die Pflegenden nicht unmittelbar darum bat, die Flasche zu öffnen. Der Interviewte beschreibt, dass die Dame bis zu einem ohnehin vereinbarten späteren Termin mit einem Pflegenden wartete, weil sie das Pflegepersonal nicht unnötig stören wollte. Der Dialog, der sich daraufhin zwischen dem Interviewten und der Bewohnerin ereignete: Herr Kautz (PDL): „Warum sagen sie denn nichts?“ Bewohnerin): „[...] ich hör doch, was hier los ist. Ich wollte warten und um drei Uhr kommt eh einer, der kann mir die Wasserflasche aufmachen“, zeigt die persönliche

Betroffenheit, die Herr Kautz (PDL) über dieses Vorkommen in der Einrichtung empfindet. Er selbst äußert sich empört über diese Situation, in der die Pflegebedürftige von 13:00 bis 15:00 Uhr kein Wasser trinken konnte, da sie Rücksicht genommen hat auf die Pflegenden. Er erlebt die Situation als „erschreckend“ und stellt die derzeitigen Verhältnisse in der Einrichtung deutlich infrage, indem er davon ausgeht, dass ein solches Ereignis prinzipiell nicht vorkommen dürfte:

Herr Kautz (PDL): „Und das ist wirklich ein Punkt, der nie in der Pflege sein darf“ (Z. 244-245).

Auch in dem letzten Abschnitt der Interviewpassage dokumentiert sich die Handlungsorientierung von Herrn Kautz (PDL), wie er als Pflegedienstleiter die Grenzen der ökonomischen Gegebenheiten, die sich in der Handlungspraxis der Pflegenden abzeichnen, wahrnimmt:

Herr Kautz (PDL): „[...] Dann frage ich mich, wo sind wir in der Pflege hingekommen? [...] Es ist halt schwierig finde ich im Moment zu ertragen“ (Z. 267-272).

Aber auch aus der letzten Passage des Interviewabschnittes geht die persönliche Betroffenheit des Pflegedienstleiters hervor, bei der er vor allem die Entwicklung der Handlungspraxis der Pflegenden in der Einrichtung als grenzwertig erfährt. Eine Entwicklung, die er bedauert und die er mit den Worten beschreibt: „Dann frage ich mich, wo sind wir in der Pflege hingekommen?“ Es ist davon auszugehen, dass Herr Kautz (PDL) sich in seiner Darstellung auf eine rückläufige Entwicklung der Qualität in der Einrichtung bezieht. Zusammenfassend beschreibt er die gegenwärtige Situation als für ihn nur „schwierig zu ertragen“. In der hier dargestellten Interpretation orientiert sich der Orientierungsrahmen des interviewten Pflegedienstleiters Herr Kautz (PDL). In ihm scheint sich ein Widerstand zu regen gegen die Entwicklungen, die seinen Vorstellungen von Pflege und seinem Pflegeideal widersprechen. Hieraus erschließt sich ein Berufsverständnis, das einen positiven Gegenhorizont nicht ausschließt, indem er von einem Ideal ausgeht, das zwar erstrebenswert ist, jedoch nicht zwingend und in jedem Moment eingehalten werden kann. Darüber hinaus kann in den Beschreibungen des Interviewten ein deutlicher Widerstand gegen die Grenzen der ökonomischen Entwicklungen interpretiert werden. Dies kommt in seinem gewählten Beispiel zum Ausdruck, indem er eine Grenze des Ökonomisierungsprozesses aufspürt, die sich in einer fehlenden Aufmerksamkeit für das Wesentliche des Pflegerischen, in einer fehlenden Wahrnehmung, Reflexion und Gestaltung individueller und bedürfnisorientierter Pflegeaspekte zeigt.

Zusammenfassende Darstellung

In dem ersten Schritt der Analyse stand die Auseinandersetzung mit den ökonomischen Zielvorgaben und deren Konsequenzen für die ökonomische Handlungsperspektive an zentraler Stelle.

Die Bedeutung der fortschreitenden Ökonomisierung für die Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege und die damit verbundene zunehmende marktwirtschaftliche Logik für die Führungspraxis der Akteure konnte in den folgenden Subkategorien: (1) *Wirtschaftliche Anforderungen, Grade der Ökonomisierung und Grade der Belastung der Akteure*, (2) *Ökonomische Zielvorgaben, Umsetzungsstrategien und Instrumente*, (3) *Grenzen der ökonomischen Rationalisierung* empirisch nachgezeichnet werden.

Im Rahmen der Subkategorie: (1) *Wirtschaftliche Anforderungen, Grade der Ökonomisierung und Grade der Belastung der Akteure* wurde vor dem Hintergrund des Stufenmodells der Ökonomisierung nach Schimank/Volkman (2008) anhand der Untersuchung die konkrete Relevanz der ökonomischen Rationalität in den untersuchten Pflegeeinrichtungen empirisch ermittelt. In der Frage nach den ökonomischen Prinzipien der Verlustvermeidung und Gewinnmaximierung konnte konstatiert werden, dass gemäß der Stufe 3 der insgesamt fünf Ökonomisierungsgrade alle Akteure der Einrichtungen ihr Handeln durch die formulierten Zielvorgaben und die verantwortliche Einhaltung der Budgets zu einer Verlustvermeidung im Sinne einer „Muss-Erwartung“ angehalten sind. Somit ist von einer Schwächung der Feldautonomie im Sinne Bourdieus auszugehen, indem die Autonomie der Akteure in Teilen beschnitten wird. Dies spiegelt sich besonders in der Rationierung von Sach- und Personaldienstleistungen wider.

Darüber hinaus konnte empirisch dargelegt werden, dass die ökonomischen Anforderungen von den befragten Akteuren in Abhängigkeit von ihren jeweiligen Verantwortungsbereichen (PD, PDL, SPDL) unterschiedlich wahrgenommen werden. Die Darstellungen der Akteure reichen von der Aussage des Einrichtungleiters Herrn Fuchs (PD), der angibt, dass die vorgegebenen Personalzahlen „*im Großen und Ganzen*“ auch den tatsächlichen Bedarf an Personal widerspiegeln über die Aussage der Pflegedienstleiterin, Frau Petz (PDL), die konstatiert, dass zwar „*heute das Personal knapper ist*“, sie jedoch dennoch der Meinung ist, „*dass wir noch einen ganz guten Stamm hier haben*“, bis hin zu der Formulierung der stellvertretenden Pflegedienstleiterin, Frau Käfer (SPDL), die zusammenfasst, das „*der Stellenschlüssel ja immer ziemlich eng gehalten wird*“ und man „*schon sehr am Limit läuft*“. Über alle Hierarchieebenen hinweg konnte nachgewiesen werden, dass sowohl der Sachleistungsbereich als auch der Bereich der Personaldienstleistungsangebote durch eine definierte Zuteilung der Ressourcen geprägt ist, die vor dem Hintergrund einer ökonomischen

Zweckrationalität und den damit verbundenen Effizienzkriterien die Vermeidung eines „unnötigen“ Ressourceneinsatzes gewährleistet (vgl. Kap. 2.3). Die Konsequenz der hiermit verbundenen Einschränkungen der Ressourcen gewinnen mit absteigender Position der Akteure im Feld und einer zunehmenden Nähe zur pflegerischen Versorgungspraxis für die Handlungspraxis an Bedeutung und gehen mit einer unterschiedlichen Wahrnehmung über die Graduierung der Belastung der Akteure einher.

In der Subkategorie (2) *Ökonomische Zielvorgaben, Umsetzungsstrategien und Instrumente* konnte empirisch nachgewiesen werden, wie sich marktorientierte Anpassungsprozesse als betriebswirtschaftliche Logik in der Versorgungspraxis im Bereich des Pflegemanagements durchsetzen. Hierzu konnte gezeigt werden, dass die Akteure in der Anwendung der wirtschaftlichen Steuerungsinstrumente eine gute Orientierung für ihre tägliche Handlungspraxis erfahren. Sie dienen ihnen in ihrer Steuerungsfunktion als Anhaltspunkte sowohl für die monatliche Personalbedarfsplanung als auch zur Grundlage für die Berechnung der täglichen Arbeitszeit, die sich aus der aktuellen Belegungssituation und den Pflegestufen der Bewohner ergibt. Darüber hinaus zeigte sich, dass durch die Anwendung dieser Instrumente ein offener und transparenter Austausch in der betriebswirtschaftlichen Steuerungspraxis zwischen den unterschiedlichen Ebenen der Verantwortungshierarchien – Pflegedienstleitung und Geschäftsführung einerseits sowie Pflegedienstleitung und Pflegenden andererseits – gewährleistet ist. Die Anwendung der Instrumente wirken auf der Vertrauensebene der Akteure sowohl einerseits als Vertrauensbeweis in die betriebswirtschaftliche Handlungskompetenz im Falle Frau Mücke (PDL) als auch als Misstrauen in die betriebswirtschaftlichen Steuerungskompetenzen im Falle Herr Kautz (PDL) andererseits. Auch die Einführung und Umsetzung der betrieblichen Zielvereinbarung anhand der Balanced Scorecard (BSC) wird von den Akteuren unterschiedlich wahrgenommen. Frau Mücke (PDL) verbindet mit der (BSC) eine sinnvolle und gleichzeitig umsetzbare Handlungspraxis, während Herr Kautz (PDL) in der Anwendung der BSC lediglich eine reduzierte Möglichkeit der Steuerungsfunktion erfährt. Er geht im Gegensatz zu Frau Mücke (PDL) vielmehr von einer geringfügigen Einflussnahme aus und nimmt eher eine „starke Kontrolle“ durch die Geschäftsführung wahr.

In der Subkategorie (3) *Grenzen der ökonomischen Rationalisierung* konnte empirisch aufgezeigt werden, dass sich sowohl in der Herausforderung des veränderten Krankheitsbildes der Multimorbidität der Bewohner als auch in der technologischen Entwicklung, welche die Ökonomisierung mit sich bringt, eine Grenze abzeichnet. Die Grenzen der Ökonomisierung werden an unterschiedlichen Situationen erfahren und reichen von einer wahrgenommenen „Überforderung der

Teams“ bis hin zu einer kritischen Beschreibung der Wirkung der technologischen Entwicklung. Hier bezieht sich die Kritik auf den Vergleich der Funktionsfähigkeit und -tüchtigkeit eines Computers mit dem Menschen, der als Maßstab zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter herangezogen wird. Darüber hinaus zeigte sich, dass Pflegebedürftige sich in ihrer Angewiesenheit auf die Hilfestellung durch Pflegende bewusst zurückhalten, da sie Rücksicht auf mangelnde Personalressourcen nehmen. Dies wird im Falle Herr Kautz (PDL) als Rückschritt in der Entwicklung der Pflegequalität erfahren und insgesamt als grenzwertig eingeschätzt. Es konnte empirisch nachgewiesen werden, dass sich hiermit im Falle Herr Kautz (PDL) ein Widerstand bzw. ein Verhalten der Ablehnung gegenüber der Entwicklung der Ökonomisierung abzeichnet und die Grenzen der Ökonomisierung als Belastung erlebt werden.

5.2 Ökonomisch bedingte Veränderungen und handlungsleitende Orientierungen der Akteure in der Versorgungspraxis

Im zweiten Teil der Analyse standen u. a. die Fragen nach den ökonomisch bedingten Veränderungen und ihren Auswirkungen auf die Versorgungspraxis der Beschäftigten im Vordergrund. Hierzu sind vornehmlich Erzählungen der Interviewten von Relevanz, die in Zusammenhang mit ihren eigenen wahrgenommenen Veränderungen im Bereich der unmittelbaren pflegerischen Versorgung stehen und in denen sich folglich ihre eigenen Relevanzsysteme nachvollziehen lassen. Darüber hinaus sollte die Beurteilung der Akteure über das Qualitätsniveaus in der direkten Pflege beleuchtet werden, indem sowohl positive Aspekte als auch mögliche Problemsituationen in Zusammenhang mit den Leistungsangeboten betrachtet werden. Zur Darstellung der Veränderungen rücken in den beiden nachfolgenden Kapiteln folgende Aspekte in den Fokus: (1) *Paradigmenwechsel in der stationären Langzeitpflege und die damit verbundenen Konsequenzen für die ökonomische Steuerungspraxis* (vgl. Kap. 5.2.1) sowie (2) *Gestaltungspraxis pflegerischer Versorgung im Wandel der Ökonomisierung* (vgl. Kap. 5.2.2). Mithilfe der formulierenden Feininterpretation geeigneter Textpassagen wird zunächst das kommunikative Wissen der Akteure erfasst, indem sich verdeutlicht, WAS sich in den Einrichtungen in den letzten Jahren verändert hat. Im Anschluss daran wird mithilfe der reflektierenden Interpretation durch die Frage danach, WIE bzw. auf welche Art und Weise das jeweilige Thema durch die Akteure bearbeitet wird, der jeweilige Orientierungsrahmen der Akteure sukzessive entfaltet.

5.2.1 Paradigmenwechsel in der stationären Langzeitpflege und die Konsequenzen für die ökonomische Steuerungspraxis

In den Erzählungen und Beschreibungen der Interviewten zeichnet sich ein Paradigmenwechsel in der stationären Langzeitpflege ab, der mit Konsequenzen für die ökonomische Steuerungspraxis einhergeht. Hierbei werden vor allem die Relevanz der Verkürzung der Verweildauer und ein Anstieg an Kurzzeitpflegeplätzen durch die Interviewten hervorgebracht. Eine Entwicklung, welche die „Landschaft der stationären Langzeitpflege „deutlich“ verändert hat und Konsequenzen in der Veränderung der Angebotsstruktur nach sich zieht. Auch die Veränderungen der Krankheitsbilder der Bewohner und der damit zusammenhängende Strukturwandel in den Einrichtungen sowie die veränderte Kundensouveränität, auf die bereits in den theoretischen Vorannahmen eingegangen worden ist, führen zu einem Wandel in den Einrichtungen. Dieser Wandlungsprozess wird von allen Interviewten – wenn auch in unterschiedlicher Weise – als Veränderung wahrgenommen. In den nachfolgenden Abschnitten soll mithilfe einer Auswahl geeigneter Interviewabschnitte auf die unterschiedlich wahrgenommenen Aspekte der Akteure zu den Entwicklungen und Veränderungen in den Subkategorien: (1) *Verkürzung der Verweildauer und Anstieg der Kurzzeitpflegeplätze*, (2) *Veränderung der Krankheitsbilder und der Bewohnerstruktur*, (3) *Veränderung der Angebotsstruktur und Veränderung der Kundensouveränität* eingegangen werden.

5.2.1.1 Verkürzung der Verweildauer und Anstieg der Kurzzeitpflege

In der nachfolgenden Erzählung und Beschreibung soll auf den Aspekt der Verkürzung der Verweildauer der Pflegebedürftigen in den vollstationären Pflegeeinrichtungen eingegangen werden. Dieser Anspruch ergibt sich sowohl aus den Bestimmungen des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) als auch aus den Bestimmungen des Sozialhilfegesetzes (SGB XII). Dieses besagt, dass Pflegebedürftige Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen haben, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt (SGB XI, § 43) Vorrang haben demnach ambulante Leistungen vor teilstationären und stationären Leistungen sowie teilstationäre vor stationären Leistungen (SGB XII § 13). Diese Rangfolge soll dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung tragen und erfährt daher den politischen Willen zur Stärkung des Strukturausbaus der ambulanten Pflege vor der Inanspruchnahme der Leistungen in den Langzeitpflegeeinrichtungen. Dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ folgend, zeichnen sich die Konsequenzen auch in den untersuchten Einrichtungen ab. Hierzu soll in den nachfolgenden Interviewabschnitten sowohl das, WAS sich in den Einrichtungen in den letzten Jahren verändert hat, als auch die Art und Weise, WIE und in welchem Orien-

tierungsrahmen die leitenden Akteure auf diesen Strukturwandel reagieren, empirisch festgemacht werden.

I: „Erzählen sie doch einfach mal, was hat sich so verändert? Sie sind seit 22 Jahren PDL, was hat sich so im Laufe der Zeit in der Einrichtung entwickelt, verändert?“ (Z. 3-4)

Frau Mücke (PDL): „Vieles, für den stationären Bereich. Also, das was mir auffällt, ist, dass der Bewohner nicht mehr fit zu uns kommt, wie das vor 15 Jahren noch war. Der Bewohner kommt zu uns, wenn er pflegebedürftig ist. Und dadurch hat sich auch der Aufenthalt, die Verweildauer, nenne ich das jetzt, hat sich verändert. Dass der Bewohner auch immer kürzere Zeit bei uns ist. Also, es ist sehr oft, dass das eine palliative Versorgung ist, nur für ein paar Wochen oder dass der Bewohner halt eben auch ein Jahr oder auch zwei Jahre bei uns lebt. Das ist schon dann sehr lange. Und früher ist der Bewohner fit bei uns eingezogen und hat dann direkt seinen Lebensabend bei uns verbracht. Und das war sehr oft so, dass ein Bewohner 10 Jahre bei uns gewohnt hat oder noch länger und das ist heute eher die Ausnahme. Durch das Pflegeversicherungsgesetz hat das sich ja auch verändert. Ambulant vor stationär. Und es ist ja auch so, dass die Menschen auch länger zu Hause bleiben sollen, dadurch haben wir die Tagespflege vor zwei Jahren noch eröffnet. Das erst halbe Jahr war das etwas schleppend, ehe man das nach außen transportieren konnte, was das überhaupt ist, die Tagespflege. Aber jetzt erleben wir das so / die ist sehr gut auch belegt. Wir haben jetzt von montags bis freitags auf. Montags und donnerstags ist komplett ausgebucht und freitags hätten wir noch etwas Kapazität für zwei, drei Tagespflegegäste. Und durch die Tagespflege lernen die unsere Einrichtung auch schon kennen [...]“ (Z. 7-25).

Im Anschluss an die erzählgenerierende Eingangsfrage beginnt Frau Mücke (PDL) zu berichten, dass sich ihrer Einschätzung nach vieles für den Bereich der stationären Pflege verändert hat. Sie beschreibt in diesem Zusammenhang die Veränderung der Bewohnerklientel seit den letzten 15 Jahren und die damit verbundene verkürzte Verweildauer der Bewohner in der Einrichtung. Im Gegensatz zu früher, als die Bewohner relativ vital in die Einrichtung einzogen und durchschnittlich zehn Jahre darin lebten, ist es gegenwärtig überwiegend so, dass die Bewohner entweder für eine palliative Betreuung in die Einrichtung kommen oder aber in anderen Fällen inzwischen „nur noch“ für ein bis zwei Jahre in der Einrichtung leben. Frau Mücke (PDL) erklärt den Zusammenhang damit, dass die veränderten Rahmenbedingungen seit Einführung der Pflegeversicherung dazu geführt haben, dass eine ambulante Betreuung und Versorgung Vorrang vor der stationären Unterbringung haben. Als Konsequenz dieser Maßnahme, so argumentiert sie weiter, habe der Einrichtungsträger eine Tagespflege eingerichtet, die inzwischen gut besucht ist:

Frau Mücke (PDL): „[...] Dann kennen sie schon unsere Einrichtung und wir erleben das auch sehr häufig, dass die dann auch zu uns kommen und sagen: „Wir waren bei ihnen sehr zufrieden, wir sind jetzt am Überlegen mit der vollstationären Pflege“ (Z. 29-32).

Sie hebt an dieser Veränderung besonders hervor, dass die Tagespflegeeinrichtung eine gute Möglichkeit ist, damit die Gäste die gesamte Einrichtung während ihres Aufenthaltes kennenlernen und mit ihr vertraut werden können. Hierdurch, so beschreibt sie weiter, entstehe häufig die Situation, dass die Gäste der Kurzzeitpflege zu einem späteren Zeitpunkt auch auf das Angebot der Langzeitpflege in der Einrichtung zurückgreifen würden. Hier zeigt sich, dass sich in der Interviewsequenz von Frau Mücke (PDL) zu den Veränderungen der vergangenen Jahre ein positiver Horizont dokumentiert, indem sie die Entwicklungen als leitende Pflegefachkraft der Einrichtung aktiv aufgreift und in ihnen eine Möglichkeit von umsetzungsfähigen Handlungsperspektiven sieht. Sie verbindet mit der gewachsenen Angebotsstruktur des Tagespflegeangebotes eine sinnvolle und nachvollziehbare betriebswirtschaftliche Konsequenz, die der Träger im Rahmen der sozialpolitischen Veränderungen aufgegriffen hat. Sie erfährt diesen Umstand insgesamt als positive Entwicklung für die gesamte Einrichtung, der sie motiviert und dem sie engagiert entgegensteht.

In einem weiteren Interviewabschnitt des Einrichtungsleiters Herr Fuchs (PD), der auch auf die erzählstimulierende Eingangsfrage nach den Entwicklungen und Veränderungen der letzten Jahre Bezug nimmt, soll erneut der Aspekt der verkürzten Verweildauer in Verbindung mit dem Anstieg der Kurzzeitpflege aufgegriffen werden:

Herr Fuchs (PD): [...] „Was sich halt auch verändert hat, ist der Anteil der Bewohner, oder Kurzzeitpflegegäste mit demenziellen Veränderungen und die Zahl der Kurzzeitpflegegäste insgesamt hat sich dramatisch erhöht. Das war früher anders. Weil da hatten wir einen ganz geringen Anteil an Kurzzeitpflegen, aber der ist stetig hochgegangen. Letztes Jahr hatten wir einen Durchlauf von 124 % Pflegegästen. Das ist natürlich auch für die Mitarbeiter eine ziemliche Herausforderung, weil man sich jedes Mal neu einstellen muss. Jedes Mal eine neue Anamnese machen und dann immer für einen relativ kurzen Zeitraum. Das macht es schon auch sehr anspruchsvoll. Dieser häufige Wechsel innerhalb unserer Bewohner, in dem Falle auch Kurzzeitpflegegäste, lässt die Mitarbeiter nicht wirklich zur Ruhe kommen. Und wir hatten früher mehr Kontinuität. Wir hatten einen hohen Anteil von vollstationären Bewohnern, die man begleitet hat und mittlerweile hat sich das verschoben. Im Endeffekt machen wir ja nichts anderes als Nachsorge für die Krankenhäuser. Und das ist schon nicht immer ganz einfach“ (Z. 8-22).

Auch Herr Fuchs (PD) schildert, dass sich die Situation in der Einrichtung durch den erhöhten Wechsel der Bewohner vor allem aber im Bereich der Kurzzeitpflege verändert hat, da mit dem häufigen Wechsel der Gäste und der kurzen Verweildauer sehr viel Aufwand für die Mitarbeiter verbunden ist. Darüber hinaus hat sich der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen „dramatisch“ erhöht sowie die Aufnahme von Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Der Anteil der Belegung

von Kurzzeitpflegeplätzen hat in den letzten Jahren stetig zugenommen und erreichte im vergangenen Jahr eine Belegung von 124 %. Herr Fuchs (PD) verwendet in seiner Beschreibung ein Bild, mit dem er den Aufwand für die Mitarbeiter darzustellen versucht. Er spricht in diesem Zusammenhang davon, dass „*die Mitarbeiter nicht wirklich zur Ruhe kommen*“. In der Anwendung dieses Bildes dokumentiert sich, dass die Mitarbeiter sich unentwegt und kontinuierlich mit Arbeitsanforderungen konfrontiert sehen, in der sie keine Entspannung finden und Phasen der Entlastung nicht abzusehen sind. Herr Fuchs (PD) erkennt in dieser Entwicklung einen deutlichen Anstieg der Belastungen für die Pflegenden und bezeichnet diese mit dem Begriff „*anspruchsvoll*“, womit er gleichzeitig seine Anerkennung gegenüber dem Aufwand und der Qualität der Leistungen gegenüber den Pflegenden zum Ausdruck bringt. Indem er die aktuelle Situation mit früher vergleicht, weist er darauf hin, dass seinerzeit mit der Belegung der Heimbewohnerplätze mehr „*Kontinuität*“ verbunden war als heute. In dem gewählten Vergleich dokumentiert sich ein deutlicher Kontrast in der Wahrnehmung des Arbeitsmodus, mit dem Herr Fuchs (PD) den Unterschied zwischen heute und damals beurteilt. Während unter den heutigen Bedingungen die Pflegenden „*nicht wirklich zur Ruhe kommen*“ und „gehetzt“ sind, konnte man seinerzeit in Zusammenhang mit der „*Kontinuität*“ der Belegung, mehr „Stetigkeit“, „Gleichmäßigkeit“ und eine damit verbundene Ruhe erfahren. Er führt diese veränderten Rahmenbedingungen vor allem auch darauf zurück, dass die Krankenhäuser ihre Patienten inzwischen früher entlassen und die Pflegeeinrichtung im Wesentlichen die „*Nachsorge für die Krankenhäuser*“ leisten müssten. Diese Entwicklung, die auf die verkürzte Verweildauer der Patienten im Krankenhaus hinweist und die sich im Zuge des ökonomisch orientierten Wandels innerhalb der Versorgungsstrukturen vollzogen hat, konfrontiert die Langzeitpflegeeinrichtungen mit neuen Herausforderungen auf die sie in ihren Handlungsstrategien eingehen müssen. Herr Fuchs (PD) beschreibt die veränderte Situation insgesamt als „*nicht immer ganz einfach*“, womit er zum Ausdruck bringt, dass diese Umstände auch für ihn in seiner Steuerungsfunktion eine Herausforderung bedeuten.

Im Vergleich der beiden Interviewsequenzen zu den Folgen des Grundsatzes „ambulant vor stationär“, nach dem Pflegebedürftige Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen haben, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist, dokumentiert sich in den Interviews der Akteure eine unterschiedliche Wahrnehmung. Während sich in den Schilderungen der Pflegedienstleiterin Frau Mücke (PDL) ein positiver Horizont zeigt, indem sie unmittelbar die betriebswirtschaftlichen positiven Aspekte der Kurzzeitpflegeplätze aufzeigt, die sie vor allem im Sinne eines „Marketingeffektes“ in der Gewinnung möglicher Pflegebedürftiger für den Langzeitpflegebereich sieht, stellt Herr Fuchs (PD) die Belastungsfaktoren für ihn und die Pflegenden in

den Vordergrund, die für ihn eine Herausforderung in seiner Handlungspraxis bedeuten. Herr Fuchs setzt den gewachsenen Arbeitsaufwand, der mit der Kurzzeitpflege verbunden ist, ins Verhältnis zu den Arbeitsanforderungen der Mitarbeiter, die er als fürsorglich und anteilnehmend „im Auge behält“. In den Handlungsorientierungen beider Akteure zeichnen sich aktive Aspekte handlungsleitender Orientierungen ab, die den jeweiligen Orientierungsrahmen der Interviewten erkennen lassen. Während im Falle der Pflegedienstleiterin Frau Mücke (PDL) in der ausgewählten Interviewsequenz vordergründig der betriebswirtschaftliche Aspekt – im Sinne einer Möglichkeit zur Belegungssicherung – durch die Kurzzeitpflege aufscheint, erkennt der Einrichtungsleiter Herr Fuchs (PD) in den veränderten Versorgungsstrukturen und den gewachsenen Anforderungen an die Pflegemitarbeiter eine „*anspruchsvolle*“ Herausforderung.

Auch mit der Entwicklung der veränderten Krankheitsbilder, die sich in den letzten Jahren als Strukturwandel für die Einrichtungen darstellt, ist für die Akteure eine Herausforderung verbunden, auf die im nachfolgenden Unterkapitel näher eingegangen werden soll.

5.2.1.2 Veränderungen der Krankheitsbilder und der Bewohnerstruktur

Durch die demografische Entwicklung und den Anstieg der Lebenserwartung hat sich ein weit- und tiefreichender Wandel gesundheitlicher Problemlagen in den westlichen Industrienationen vollzogen, den Schaeffer (1998) bereits als „epidemiologische Transition“ bezeichnet, der mit einem Anstieg der Hochaltrigkeit und einer gleichzeitigen Zunahme chronischer Erkrankungen einhergeht. Die Gesundheitspolitik reagierte auf diese Entwicklung mit vorwiegend ökonomisch motivierten Steuerungsanreizen, die einen gesundheits- und sozialpolitischen Paradigmenwechsel eingeleitet haben. In diesem Konnex soll in der nachfolgenden Analyse auch auf die Veränderungen der Krankheitsbilder und der damit verbundenen Veränderung der Bewohnerstruktur in den letzten Jahren eingegangen werden. Auch dieser Aspekt zeigte sich als eine besondere Relevanz der Akteure im Untersuchungsfeld. Hierzu soll zunächst auf jene erzählgenerierende Eingangspassage des Interviews mit der Pflegedienstleiterin Frau Petz (PDL) Bezug genommen werden, in der Frau Petz (PDL) auf ihre Erfahrungen der letzten 20 Jahre zurückblickt.

I: „Können Sie mir erzählen, oder erzählen sie doch einmal, was hat sich in den letzten Jahren hier in der Einrichtung verändert?“ (Z. 3-4)

Frau Petz (PDL): „[...] verändert hat sich / ich muss eigentlich zurückgreifen auf die letzten 20 Jahre, als ich den Wohnbereich hier übernommen habe, war der Personalstand höher. Da waren morgens sieben, acht Vollzeitkräfte in der Pflege tätig. Da waren / zu der Zeit sehr viele Beschäftigungen mit den Bewohnern, die Bewohner an und für sich, die Struktur hat sich geändert. Ganz viele fitte Leute.

Da sind Ausflüge gemacht [...] worden. Die haben Urlaube gemacht, die sind überall hin. Und das ist heute ja gar nicht mehr der Fall. Heute ist das Personal knapper, obwohl ich immer der Meinung bin, dass wir noch einen ganzen guten Stamm hier haben. Das Patientengut hat sich total verändert. Der, der zu Hause gepflegt werden kann, der wird zu Hause gepflegt. Das sehen wir ja an den Kurzzeitpflegegästen. Schon allein die Einstufung von den Kurzzeitpflegegästen, die haben da eine Stufe II. Die hätten die bei uns im Hause nie bekommen, das sage ich jetzt einmal. Die sind meistens nur (unv.) Demenzerkrankte oder aus dem Krankenhaus, wo die Pflege sehr intensiv ist. Und das war eigentlich vor zwanzig Jahren überhaupt nicht der Fall. Da waren fitte Damen, die ganz normal durch den Ort gegangen sind, die sind [...] Kaffee trinken gegangen oder Eis essen. Heute verlässt niemand mehr das Haus ohne Begleitung. Erstens können sie gar nicht und / also das ist ein totaler Unterschied. Das sind wie zwei Welten eigentlich“ (Z. 6-24).

Frau Petz (PDL) schildert, dass der Personalstand damals viel höher gewesen sei, und dass in der Morgenpflege sieben bis acht Vollzeitpflegekräfte zur Verfügung standen. Zudem habe sich die Bewohnerstruktur verändert. Im Gegensatz zu heute seien die Bewohner seinerzeit noch recht vital gewesen und haben an Ausflügen und Urlaubsreisen teilgenommen. Sie fasst diese beiden Punkte damit zusammen, dass das Personal heute knapper ist und sich gleichzeitig der Bedarf an Betreuung für die Bewohner verändert habe. Dennoch bringt sie zum Ausdruck, dass sie in der Einrichtung über einen ganz guten Personalstamm verfügt. Sie erwähnt die Hintergründe der veränderten Bewohnerstruktur und konstatiert, dass viele Menschen im Gegensatz zu früher heute sehr lange noch in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden, bis sie zu einem wesentlich späteren Zeitpunkt in die Einrichtungen der Langzeitpflege einziehen, um dort versorgt zu werden. Im Gegensatz dazu seien die Bewohner früher „fitter“ gewesen, spazierten durch den Ort und tranken dort Kaffee und aßen Eis. Heute sind die Pflegebedürftigen dazu gar nicht mehr in der Lage. Kein Pflegebedürftiger verlässt die Einrichtung ohne Begleitung. Alles in Allem erlebt Frau Petz diese Veränderung als „totalen Unterschied“ und beschreibt dies zusammenfassend damit:

Frau Petz (PDL): „Das sind zwei Welten eigentlich“ (Z. 24).

In der Erzählung von Frau Petz (PDL) fasst sie ihre zurückliegenden Erfahrungen zusammen und geht in ihrer Beschreibung detailliert sowohl auf veränderte Personalstrukturen als auch auf die veränderten Bewohnerstrukturen ein. Sie stellt die veränderten Situationen vergleichend dar, sodass der Zuhörer sich ein generelles und deutliches Bild über die spezifischen Aspekte der Veränderungen in den Pflegeeinrichtungen machen kann. Frau Petz (PDL) spricht in ihrer Erzählung von „zwei Welten“, die sie als Pflegende erlebt, was darauf hinweist, wie sehr sich die Verhältnisse im Bereich der vollstationären Langzeitpflege in den letzten 20 Jahren gewandelt haben. Mit der Metapher „Zwei Welten“ deutet sie an, dass es sich bei den Veränderungen ihrer Auffassung nach

nicht um „Kleinigkeiten“ handelt, sondern dass sich die Veränderungen in einem erheblichen Rahmen bewegen, sodass sich hierin kontrastreiche Gegensätze in der Versorgungsstruktur der Bewohner zwischen heute und damals zeigen. Durch den Kontrast, den die Interviewte darstellt, indem sie beschreibt, dass zur damaligen Zeit für „fitté“ Bewohner in den Wohnbereichen sieben bis acht Pflegende zuständig waren und dass die heutige Personalsituation bei gleichzeitig gewachsenem Versorgungsbedarf der Bewohner sehr viel „knapper“ bemessen sei, dokumentiert sich das Ausmaß und der Vollzug des Ökonomisierungsprozesses, der sich in dem bereits erwähnten „personellen Engpass“ und einer „steigenden Arbeitsbelastung“ im Feld der stationären Langzeitpflege vollzieht. Obwohl die Arbeitsbelastung in den Pflegeeinrichtungen dadurch, dass die Bewohner nicht mehr so „fit“ sind, angewachsen ist, und der Versorgungsbedarf der pflegebedürftigen Bewohner bei gleichzeitiger Reduktion der Personalzahlen angestiegen ist, beschreibt die Interviewte die Situation in der Einrichtung als durchaus „handhabbar“. Hierin dokumentiert sich ein positiver Horizont, indem die aktuelle Versorgungsstruktur von ihr als Interviewte ungeachtet der erheblichen Veränderungen in den letzten Jahren als potenziell umsetzbar eingeschätzt wird. Aus ihren Schilderungen geht hervor, dass sie die starken Veränderungen in den letzten Jahren bewusst wahrnimmt, reflektiert und auch mit den vergangenen Verhältnissen in der Einrichtung vergleicht, aber dass sie in ihrer Gesamteinschätzung trotz des paradigmatischen Wandels grundlegender Rahmenbedingungen dennoch nicht von einem negativen Horizont ausgeht.

Auch aus den Erzählungen der stellvertretenden Pflegedienstleiterin Frau Käfer (SPDL), gehen die Aspekte der veränderten Krankheitsbilder und der Bewohnerstruktur in der Einrichtung hervor:

I: „Sie sind jetzt einige Jahre hier in der Einrichtung. Erzählen sie doch einmal, was hat sich im Laufe der Jahre in der Altenpflege geändert. Was glauben Sie, hat sich in den Einrichtungen, seit Sie in der stationären Pflege sind, gewandelt?“ (Z. 3-5)

Frau Käfer (SPDL): „Also auf jeden Fall hat sich / also was ich finde, was sich sehr gewandelt hat, die Bewohner an sich. Also man bekommt sehr viele Bewohner rein, die immer pflegebedürftiger sind, sowohl in der Demenz, da ist es um einiges mehr geworden als auch die Behandlungspflege. Die ist auch viel mehr geworden. Also ich kann mich daran erinnern, als ich angefangen habe in der Altenpflege. Da hat man mal / da war Insulin und so etwas, also so kleinere Sachen hat man gehabt, aber jetzt bekommt man immer auch wieder Anfragen noch mit zentralen Venenkatheter. Also, jetzt kommen ganz spezielle Sachen, die eigentlich in der Altenpflege eher weniger den Kontakt hin hat. Das ist ja eher, also das kenn ich eher aus dem Krankenhaus, wo man so etwas dann hatte in der Ausbildung. Aber im Altenheim jetzt eher nicht. Also die Pflege an sich / Pflege und Behandlungspflege finde ich, ist intensiver geworden“ (Z. 8-19).

An dieser Stelle beginnt Frau Käfer (SPDL) zu erzählen, dass sich die Bewohnerstruktur verändert hat und dass neben dem Anstieg demenziell erkrankter Pflegebedürftiger auch die Anforderungen an die Behandlungspflege zugenommen haben. Dies betrifft neben den Insulininjektionen im Falle eines Diabetes mellitus beispielsweise auch die Versorgung eines zentralen Venenkatheters. Insgesamt, so fasst sie zusammen, sind die Anforderungen an die Grundpflege und die Behandlungspflege größer und „intensiver geworden“. Sie nimmt diese Veränderungen dergestalt wahr, dass sich der Umfang der Anforderungen an die Versorgung im Gegensatz zu früher „ausgedehnt“, „erweitert“ hat und die damit verbundenen Ansprüche an die Pflegenden in der Handlungspraxis sich hinsichtlich ihrer Kenntnisse und Fertigkeiten verändert haben. Sie vergleicht die Zunahme der behandlungspflegerischen Aspekte der Pflegebedürftigen mit den primären Aufgaben der Pflegekräfte in den Krankenhäusern, die durch die ökonomisch motivierte Verkürzung der Verweildauer der Patienten zu den Veränderungen in der Pflegeeinrichtung geführt haben. An einer anderen Stelle des Interviews wird deutlich, dass sie persönlich diese Entwicklung begrüßt:

Frau Käfer (SPDL): „Ja, also das ist auf jeden Fall eine gute Sache. Und [...] Also ich persönlich muss sagen, aber das ist wahrscheinlich so, weil ich gelernte Krankenschwester bin. Ich finde eben die Herausforderungen, wenn jetzt natürlich mehr Behandlungspflege in das Altenheim kommt, finde ich als Krankenschwester auch jetzt natürlich ganz schön. Weil man Sachen, die man mal gelernt hat, auch wieder anwenden kann. Aber das ist jetzt für mich so. Die meisten sind ja doch gelernte Altenpfleger. Die haben eben eher Berührungsängste damit“ (Z. 123-130).

Frau Käfer (SPDL) schildert hier ihre eigene positive Auffassung über die veränderten pflegerischen Anforderungen, da sie den originären Aspekten ihrer professionellen Ausbildung als Krankenschwester entsprechen. Obwohl Frau Käfer (SPDL) davon ausgeht, dass die Pflegenden in der Altenpflege gewöhnlich Berührungsängste gegenüber behandlungspflegerischen Maßnahmen empfinden, erfährt sie hierdurch eine positive Bereicherung in ihrem beruflichen Alltag. Sie setzt sich gerne mit den behandlungspflegerischen Maßnahmen und den damit verbundenen Herausforderungen aktiv auseinander und wendet sich damit auch den Entwicklungen in der Einrichtung in verantwortungsvoller und offener Weise aktiv zu.

Im Vergleich der Erzählungen, Beschreibungen und Argumentationen der beiden Akteure Frau Petz (PDL) und Frau Käfer (SPDL) in Zusammenhang mit den Aspekten der veränderten Bewohnerstruktur in den Einrichtungen miteinander offenbaren sich sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede in ihrer Wahrnehmung und der damit verbundenen Handlungspraxis. Beide, Frau Petz (PDL) und auch Frau Käfer (SPDL) greifen die strukturellen Veränderungen in

Verbindung mit den veränderten Krankheitsbilder der letzten Jahre in einer aktiven Weise auf, obwohl sie die veränderten Gegebenheiten im Detail unterschiedlich wahrnehmen und jeweils unterschiedlich in ihren handlungsleitenden Orientierungen zur Geltung kommen.

Frau Petz (PDL) fasst ihre langjährigen zurückliegenden Erfahrungen zusammen als eine Bewegung zwischen „*zwei Welten*“ und nimmt die Entwicklung der veränderten Versorgungsstruktur der Bewohner in den vergangenen Jahre als besonders kontrastreich und gegensätzlich wahr. Obwohl die Arbeitsbelastung in den Pflegeeinrichtungen angewachsen und der Versorgungsbedarf der pflegebedürftigen Bewohner bei gleichzeitiger Reduktion der Personalzahlen angestiegen ist, eröffnet sich in dem Interview ein Orientierungsrahmen, insoweit sie davon ausgeht, dass trotz der erheblichen strukturellen Veränderungen die Pflegeleistungen unter den gegebenen ökonomischen Rahmenbedingungen bewältigt werden können. Im Vergleich zu den Wahrnehmungen von Frau Petz (PDL) geht aus den Erzählungen und Beschreibungen von Frau Käfer (SPDL) hervor, dass auch sie die veränderten Krankheitsbilder wahrnimmt. Sie geht indes gleichzeitig konkreter auf die damit verbundenen spezifischen Veränderungen der Arbeitsanforderungen ein, die sie damit zusammenfasst, dass vor allem durch die veränderten Anforderungen im Bereich der Grundpflege sowie in der Behandlungspflege die Anforderungen an das Pflegepersonal gewachsen und „*intensiver geworden*“ sind. Sie beschreibt, dass aus ihrer Sicht viele Pflegenden mit einer Ausbildung im Bereich der Altenpflege „*Berührungssängste*“ haben gegenüber den Anforderungen an die behandlungspflegerischen Maßnahmen.

Auch in Zusammenhang mit den veränderten Krankheitsbildern zeigt sich eine unterschiedliche Wahrnehmung der Akteure, die mit der Nähe der Akteure zur Handlungspraxis in Verbindung steht. Während Frau Petz (PDL) aus ihrer Handlungsperspektive davon ausgeht, dass ungeachtet der erheblichen Veränderungen der Krankheitsbilder die Pflegeleistungen unter den gegebenen ökonomischen Rahmenbedingungen bewältigt werden können, offenbart sich in der Handlungsorientierung der stellvertretenden Pflegedienstleiterin Frau Käfer (SPDL) ein erhöhter Druck, der vor allem von den gestiegenen Anforderungen behandlungspflegerischer Leistungen ausgeht. Hier zeigt sich, dass mit der zunehmenden Nähe der Akteure zur pflegerischen Handlungspraxis auch das Gefühl der gewachsenen Herausforderungen für die Handlungspraxis deutlicher wahrgenommen wird.

5.2.1.3 Veränderungen der Angebotsstruktur und Veränderung der Kundensouveränität

Durch die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes und den dort zur Geltung gebrachten europarechtlichen Prinzipien der Marktöffnung und Wettbewerbsneutralität wurden die Ländern

und Kommunen in ihrer Einflussnahme auf die Infrastrukturentwicklung der Pflegeangebote deutlich eingeschränkt. Indes war ein Überangebot an Pflegeeinrichtungen mit der Einführung der Pflegeversicherung implizit vorgesehen, um die Wahlfreiheit der Bürger zu erhöhen und den Wettbewerb der Einrichtungen untereinander zu stärken (vgl. Klie, T., Pfundstein, T. 2010, S. 92). Vor diesem Hintergrund soll in den nachfolgend dargestellten Interviewabschnitten auf die Konsequenzen dieser Entwicklungen für die handlungsleitenden Orientierungen der Akteure in der vorliegenden Untersuchung näher eingegangen werden. Hierzu dient zunächst eine Interviewsequenz mit der Pflegedienstleiterin Frau Sauer (PDL) die im Folgenden dargestellt wird:

I: „Können Sie mir erzählen, was Ihrer Meinung nach in den letzten Jahren in der Pflege, hier in der Einrichtung sich entwickelt, verändert hat?“ (Z. 3-4)

Frau Sauer (PDL): „Einmal das Klientel grundsätzlich, Altersgrenzen, sie gehen sehr auseinander. Also wir haben teilweise ja sehr junge Leute mittlerweile in der vollstationären Pflege und um die 50 bis über die 100. Das ist also finde ich schon eine Veränderung zu früher. Das hat sich verändert. Dann sind / Ansprüche haben sich verändert der jeweiligen Bewohner. Genau, und natürlich die Mitarbeiter [...]“ (Z. 6-10).

Auf den erzählgenerierenden Stimulus der Eingangsfrage verweist Frau Sauer (PDL) auf zwei für sie wesentliche Veränderungen, die sich in der Einrichtung ergeben haben, hin. Sie beschreibt, dass im Unterschied zu früher die Altersgrenzen inzwischen weiter auseinander liegen (die jüngsten Bewohner sind 50-jährig und die ältesten Bewohner sind über 100-jährig) und dass die Ansprüche der Bewohner sich verändert haben. Allerdings geht die Interviewte auf die letzte Frage, inwiefern genau sich die Ansprüche der Bewohner geändert haben, an dieser Stelle nicht näher ein.

Im Falle der Beschreibung von Herrn Fuchs (PD), der auf die Frage nach den Veränderungen in der Einrichtung ebenfalls die veränderte Kundensouveränität einbezieht, ergibt sich ein unmittelbarer Zusammenhang mit den Konsequenzen betriebswirtschaftlicher Einbußen:

Herr Fuchs (PD): „Zum einen das Anspruchsdenken der Bewohner, der Angehörigen. D. h., wir bekommen Doppelzimmer nur noch sehr, sehr schlecht verkauft oder vermietet“ (Z. 6-7).

Aus der hier zitierten Interviewpassage mit Herrn Fuchs (PD) geht hervor, dass sich mit den veränderten Angebotsstrukturen im Pflegesektor Wettbewerbsstrukturen entwickelt haben, die für die Einrichtung unmittelbare betriebswirtschaftliche Konsequenzen nach sich ziehen. Diese sind einerseits mit Vorteilen für die Verbraucher verbunden und führen andererseits zu dem politisch gewollten Ziel eines wachsenden Konkurrenzdrucks der Einrichtungen untereinander. Hieraus

erwächst aus der Perspektive der Verbraucher bzw. der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen eine Möglichkeit der Wahlfreiheit bei der Auswahl der stationären Pflegeeinrichtungen, die zu einer größeren „Kunden“-Souveränität der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen führt. Die Einrichtung allerdings erfährt unter dem „Druck des Wettbewerbs“, dass sie ihr Angebot nur eingeschränkt „vermarkten“ kann, wenn dieses hinter den „gängigen Qualitätsstandards“ zurückliegt. In der abschließenden Äußerung, die aus der Interviewpassage mit Herr Fuchs (PD) hervorgeht, dokumentiert sich seine handlungsleitende Orientierung, indem er darauf aufmerksam macht, dass auch durch den Effekt des zunehmenden Wettbewerbs im Rahmen der Ökonomisierung für ihn eine Herausforderung entstanden ist, die „*nicht immer ganz einfach*“ zu handhaben ist.

Auch in dem Interview mit der Pflegedienstleiterin Frau Mücke (PDL) ist eine Handlungsorientierung erkennbar, die sich aufgrund der veränderten Nachfrage- und Angebotsstrukturen rekonstruieren lässt. Im Kontext der erzählgenerierenden Eingangsfrage nach den Veränderungen der letzten Jahre greift die Interviewte im weiteren Verlauf des Interviews auf Ergebnisse der Auslastung unterschiedlicher Einrichtungen in der Region zurück, die unlängst von der regionalen Pflegekonferenz veröffentlicht wurden:

Frau Mücke (PDL): „[...] Da ist vor einem halben Jahr einmal vorgestellt worden, dass die Altenhilfeeinrichtungen 84 % Auslastung hätten. Und wir haben im letzten Jahr bei uns 94 % Auslastung erreicht. Also, wir kommen nicht mehr ganz auf 100 %, auch das ist immer schwierig. Aber wir sind da noch / wenn man sieht, die anderen haben 84 % und wir haben 94 %, dann haben wir doch noch eine gute Belegung hier in / (Z. 34-39).

Vor dem Hintergrund der gewachsenen Angebotsstruktur der stationären Pflegeeinrichtungen, so schildert Frau Mücke (PDL), hat sich die Auslastung der Altenpflegeeinrichtungen in der Region auf inzwischen 84 % verringert. Die eigene Einrichtung liegt bei einer Auslastung von 94 %. Sie vergleicht die beiden Orientierungsgrößen miteinander und fasst zusammen, dass die eigene Einrichtung mit 94 % Auslastung noch eine gute Belegung aufweist. Hierzu entwickelte sich im weiteren Verlaufe des Interviews eine interaktive Dichte des Dialogs, die im Folgenden aufgegriffen und reflektierend interpretiert werden soll:

I: „Wodurch kommt das, sind es mehr Angebote als Nachfragen, dass die Einrichtungen nicht alle voll sind?“ (Z. 41-42)

Frau Mücke (PDL): „Ja, es gibt einfach mehr stationäre Plätze die entstanden sind. Es haben viele Private noch gebaut.“ (Z. 44-45)

I: „Das erhöht den Druck?“ (Z. 47)

Frau Mücke (PDL): „Das erhöht den Druck auch noch. Die Konkurrenz, klar, das ist ja so. Wettbewerb. Das ist ja da auch ein Wettbewerb“ (Z. 49-50).

Frau Mücke (PDL) erwähnt, dass ein deutlicher Anstieg an Pflegeheimplätzen vorliegt und dass viele Privatanbieter neue Pflegeeinrichtungen gebaut haben. Sie beschreibt in diesem Zusammenhang, dass sich mit der gewachsenen Angebotsstruktur auch der Druck auf ihre Einrichtung erhöht hat. Überdies beschreibt sie, dass dieser Druck durch Konkurrenz- und Wettbewerbsverhältnisse der Einrichtungen untereinander entstanden ist. Allerdings sieht Frau Mücke (PDL) in dieser Entwicklung eine logische Schlussfolgerung, die sie mit den Worten: „klar, das ist ja so“ hervorhebt. Die Interviewte selbst geht auf diese Äußerung nicht näher ein. Durch ihre Haltung kann indes davon ausgegangen werden, dass die Interviewte die politischen Entwicklungen einer freien Angebotssteuerung und die damit verbundenen Wettbewerbsstrukturen nicht als Widerspruch zu ihrer Tätigkeit sieht. In der Aussage: „Das ist ja auch ein Wettbewerb“ zeigt sich eine weitere Bestätigung für diese Haltung. Durch die Erzählung und Beschreibungen von Frau Mücke (PDL) zu den Veränderungen der vergangenen Jahre dokumentiert sich ein positiver Horizont, indem sie die Entwicklungen als leitende Pflegefachkraft der Einrichtung aktiv aufgreift und mit ihnen eine Möglichkeit von umsetzungsfähigen Handlungsperspektiven sieht. Sowohl in der gewachsenen Angebotsstruktur des Tagespflegeangebotes, auf die bereits reflektierend eingegangen wurde (vgl. Kap. 5.2.1.1), als auch in der gesunkenen Belegung sieht Frau Mücke (PDL) eine insgesamt positive Entwicklung für die Weiterentwicklung der Einrichtung, der sie motiviert entgegenblickt.

Im Vergleich der hier interpretierten und reflektierten Interviewpassagen aus den Interviews der unterschiedlichen Akteursebenen, von Herr Fuchs (PD), Frau Sauer (PDL) Frau Mücke (PDL), geht hervor, dass durch die Prinzipien der Marköffnung und der Wettbewerbsneutralität mit Einführung der Pflegeversicherung ein erhöhtes Angebot an Pflegeeinrichtungen auf dem Pflegesektor entstanden ist. Dieser Strukturwandel führte auch in den untersuchten Einrichtungen dazu, dass sich die Wahlfreiheit der Bürger in ihrer Suche nach geeigneten Pflegeeinrichtungen erhöht und zu einem Anstieg der Souveränität sowohl der Pflegebedürftigen als auch ihrer Angehörigen geführt hat. Gleichzeitig hat sich ein Wettbewerb innerhalb der Einrichtungen eingestellt, indem die Einrichtungen untereinander konkurrieren. Sowohl Frau Sauer (PDL) als auch Herr Fuchs (PD) nehmen diese veränderte gewachsene Kundensouveränität in ihren Einrichtungen wahr, die sich in den gewachsenen Ansprüchen der Bewohner und ihren Familien manifestiert. Während im Interview mit Frau Sauer (PDL) diese Entwicklung der Ansprüche lediglich erwähnt wird, dokumentiert sich in den Beschreibungen von Herr Fuchs (PD), dass mit

den gestiegenen Ansprüchen ein Rückgang der Nachfrage verbunden ist. Dies zieht betriebswirtschaftliche Konsequenzen nach sich, die für ihn in seiner Handlungspraxis „*nicht immer ganz einfach*“ sind und ihn daher in seinem Handeln konfrontieren und herausfordern. Auch die Pflegedienstleiterin Frau Mücke (PDL) beschreibt, dass sich vor dem Hintergrund der gewachsenen Angebotsstruktur der stationären Pflegeeinrichtungen die Auslastung der Altenpflegeeinrichtungen in der Region inzwischen verringert hat, und dass sich durch die Konkurrenz- und Wettbewerbsverhältnisse der Einrichtungen untereinander der Druck auf die einzelnen Einrichtungen erhöht hat. Im Gegensatz zu dem Einrichtungsleiter Herr Fuchs (PD) bezieht sich Frau Mücke (PDL) in ihren Schilderungen nicht unmittelbar auf die damit verbundenen betriebswirtschaftlichen Konsequenzen. Sie weist viel mehr darauf hin, dass Konkurrenz und Wettbewerb „*klar*“ und eindeutig zu den Rahmenbedingungen der Einrichtungen gehören, deren Konsequenzen bewältigt werden müssen. In den Beschreibungen von Frau Mücke (PDL) verdeutlicht sich vordergründig eine Haltung, in der sie mit den politischen Entwicklungen einer freien Angebotssteuerung und den konnektierten Wettbewerbsstrukturen eine logische Schlussfolgerung verbindet, die sie nicht als Widerspruch zu ihrer Tätigkeit erfährt und die sie als „selbstverständlich dazugehörig“ erachtet. In ihrer handlungsleitenden Orientierung eröffnet sich ein positiver Horizont, indem sie die Veränderungen der vergangenen Jahre als leitende Pflegefachkraft der Einrichtung aktiv aufgreift und weitere Möglichkeiten zu umsetzbaren Handlungsperspektiven sieht.

Zusammenfassende Darstellung

Im zweiten Schritt der Analyse stand die Auseinandersetzung mit den ökonomisch bedingten Veränderungen und handlungsleitenden Orientierungen der Akteure im Zentrum, so wie sich diese aus der Perspektive der Akteure in der Steuerungspraxis darstellen. Hierzu wurden sowohl positive Aspekte als auch mögliche Problemsituationen in Zusammenhang mit den Entwicklungen fokussiert. Aus den Relevanzstrukturen der Interviewten zeichneten sich drei wesentliche Subkategorien ab, die sich als eine Art „Paradigmenwechsel“ in der ökonomischen Steuerungspraxis der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen zusammenfassen lassen. Innerhalb dieser Subkategorien wurden die handlungsleitenden Orientierungen der Interviewten analysiert, sodass sich der jeweilige Orientierungsrahmen entfalten konnte.

In der Subkategorie (1) *Verkürzung der Verweildauer und Anstieg der Kurzzeitpflege* konnte empirisch gezeigt werden, dass mit Unterstützung der Gesundheitspolitik dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ folgend, dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung getragen wird. Durch die Stärkung des Strukturausbaus der ambulanten Pflege zeichnen sich die Folgen für die Inan-

sprichnahme der Leistungen in den Langzeitpflegeeinrichtungen durch einen späten Heimeinzug und einer damit verbundenen verkürzten Verweildauer deutlich ab. Mit dem späten Heimeinzug und mit einer Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes ist auch eine gewachsene Nachfrage nach Kurzzeitpflegeplätzen verbunden. In der Art und Weise, wie die Akteure mit diesen Veränderungsprozessen umgehen, konnten wesentliche Aspekte handlungsleitender Orientierungen der Akteure rekonstruiert und dargestellt werden, die den jeweiligen Orientierungsrahmen der Interviewten empirisch aufzeigen. Hier zeigt sich, dass die Pflegedienstleiterin Frau Mücke (PDL) die Veränderungen mit einer sinnvollen und nachvollziehbaren betriebswirtschaftlichen Konsequenz verbindet. Sie greift das Angebot der Kurzzeitpflege aktiv auf und sieht hierin eine Möglichkeit des „Marketings“ zur Gewinnung potenzieller Pflegebedürftiger und setzt sich engagiert für die weitere Entwicklung der Einrichtung ein. Herr Kraus (PD) nimmt in seiner Verantwortung als Einrichtungsleiter mit der Verkürzung der Verweildauer und dem Anstieg der Kurzzeitpflege vor allem eine deutliche Mehrbelastung für die Mitarbeiter wahr, die er als „anspruchsvolle“ Herausforderung bezeichnet und aktiv aufnimmt. Hierin deutet sich an, dass er diese Beanspruchung seiner Mitarbeiter beobachtet und mit der möglichen Gefahr für ein stabiles Wohlbefinden der Pflegenden verbindet, das durch einen Mangel an „Kontinuität“ verloren gehen könnte und damit auch die Beständigkeit der Einrichtung gefährdet. Neben der aktiven Auseinandersetzung mit den Veränderungen Verweildauer und dem Anstieg der Kurzzeitpflege zeigen sich Unterschiede bei den Akteuren hinsichtlich ihrer Wahrnehmung der Probleme, die sich aus der Perspektive der jeweiligen Position der Akteure im Feld und der damit verbundenen Verantwortung im Bereich des Managements ergeben.

Mit dem Anstieg der Hochaltrigkeit ist eine Zunahme chronischer Erkrankungen verbunden, welche die Herausforderungen der Handlungspraxis der Akteure in den Langzeitpflegeeinrichtungen prägt. Auch in der Subkategorie: (2) *Veränderung der Krankheitsbilder und der Bewohnerstruktur* konnten sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede in der Wahrnehmung und der damit verbundenen Handlungsorientierung der Akteure empirisch nachgewiesen werden. In den beiden dargestellten Fällen offenbart sich eine handlungsleitende Orientierung, die trotz der veränderten Krankheitsbilder, der veränderten Bewohnerstruktur und der damit verbundenen Zunahme der pflegerischen Versorgung eine aktive Bereitschaft der Akteure zur Unterstützung und Weiterentwicklung der Versorgungspraxis begründet. Unterschiede zeigen sich an Stellen, an denen mit der zunehmenden Nähe der Akteure zur pflegerischen Handlungspraxis das Gefühl der gewachsenen Herausforderungen für die Handlungspraxis deutlicher wahrgenommen wird. Während die Pflegedienstleiterin Frau Petz (PDL) davon ausgeht, dass trotz der erheblichen Ver-

änderungen der Krankheitsbilder die Pflegeleistungen mit den gegebenen Ressourcen bewältigt werden können, dokumentiert sich in der Handlungsorientierung der stellvertretenden Pflegedienstleiterin Frau Käfer (SPDL) eine erhöhte Herausforderung für die Pflegenden durch den gewachsenen Pflegebedarf der Bewohner, der sowohl durch die Zunahme der demenziellen Erkrankungen als auch durch die Zunahme an grund- und behandlungspflegerischen Aspekten bedingt ist.

Die Öffnung der Markt- und Wettbewerbsstrukturen haben auch für die untersuchten Einrichtungen Konsequenzen, die sich aus der Einflussnahme der Länder und Kommunen auf die Entwicklung der Infrastruktur der gesamten Pflegeangebote ergeben. In der Subkategorie: (3) *Veränderung der Angebotsstruktur und Veränderung der Kundensouveränität* konnte empirisch gezeigt werden, dass sich durch die Markttöffnung für die Einrichtungen ein gegenseitiger „Konkurrenzkampf“ entwickelt hat, wodurch alle hier untersuchten Einrichtungen unter Druck stehen. Gleichzeitig konnte in den Fällen empirisch nachgewiesen werden, dass der Strukturwandel auch in den untersuchten Einrichtungen zu einem Anstieg der Souveränität der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen geführt hat und die Ansprüche der Bewohner und ihrer Angehörigen sich unter den Angeboten der freien Marktstrukturen verändert haben. Im Falle von Herrn Fuchs (PD) wurde gezeigt, dass sich unter diesen Voraussetzungen Doppelzimmer nur schwer belegen lassen. Darüber hinaus wurde empirisch aufgezeigt, dass die unterschiedliche Wahrnehmung der Akteure zu diesen Veränderungen und ihre damit verbundenen handlungsleitenden Orientierungen in engem Zusammenhang mit ihrer jeweiligen Position im Feld (PD, PDL) stehen. Während im Interview mit Frau Sauer (PDL) diese Entwicklung der Ansprüche lediglich erwähnt werden, dokumentiert sich in den Beschreibungen von Herr Fuchs (PD), dass mit den gestiegenen Ansprüchen ein Rückgang der Nachfrage verbunden ist. Dies zieht betriebswirtschaftliche Konsequenzen nach sich, die für ihn in seiner Handlungspraxis „*nicht immer ganz einfach*“ sind und ihn daher in seinem Handeln konfrontieren und herausfordern.

Die Pflegedienstleiterin Frau Mücke (PDL) verbindet mit dieser Entwicklung eine logische Schlussfolgerung „*klar, das ist ja so*“, „*Das ist ja auch ein Wettbewerb*“ und sieht hierin keinen unmittelbaren Widerspruch zu ihrer Tätigkeit. Insgesamt dokumentiert sich in den handlungsleitenden Orientierungen der hier erwähnten Akteure eine aktive und reflektierte Haltung in der Auseinandersetzung mit den ökonomisch bedingten Konsequenzen.

In dem vorangegangenen Kapitel wurden die Kategorien und Subkategorien zu den Veränderungen und Endwicklungen der letzten Jahre als eine Art Paradigmenwechsel in der stationären

Langzeitpflege destilliert und in ihrer Wirkung auf die ökonomische Steuerungspraxis empirisch dargestellt. In dem nun folgenden Unterkapitel soll auf die unterschiedlichen Konsequenzen, die durch den ökonomischen Wandel für die Gestaltungspraxis der pflegerischen Versorgung entstehen, eingegangen werden.

5.2.2 Gestaltungspraxis pflegerischer Versorgung im Wandel der Ökonomisierung

Wie bereits im theoretischen Rahmen der Arbeit umfassend diskutiert, zeigt sich auch in der Auseinandersetzung mit der Entwicklung der Ökonomisierung in der Pflege, dass sich in zunehmendem Maße Konzepte und Instrumente aus dem Bereich der Industrie in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege etabliert haben. Friesacher (2008) beschreibt diese Entwicklung als einen Prozess der „Kolonisation“, mit der das ökonomische Prinzip die pflegerischen Handlungsbereiche durchdringt und die strukturellen Rahmenbedingungen der Pflegepraxis bestimmt und verändert (vgl. Kap. 2.3.3). In den nachfolgenden Unterkapiteln wird dargelegt, wie sich dieser Prozess in der Handlungspraxis der Akteure empirisch darstellt.

In diesem Zusammenhang wird auf die Veränderungsprozesse in den untersuchten Einrichtungen Bezug genommen, verbunden mit der Frage, inwieweit diese das unmittelbare Versorgungshandeln der Akteure im Versorgungsalltag beeinflussen und prägen. Hierzu werden auch in diesem Aspekt die Relevanzsetzungen der Interviewten herangezogen, die sich als Subkriterien herausgebildet haben. Im Vordergrund stehen hierbei die Kategorien: *(1) Zeitdruck und Arbeitsverdichtung*, *(2) Bürokratieaufwand und eingeschränktes Vertrauen in die Handlungskompetenz*, *(3) Qualität der pflegerischen Versorgung*.

5.2.2.1 Zeitdruck und Arbeitsverdichtung

Wie in der theoretischen Analyse zum Gegenstand der Ökonomisierung in der stationären Langzeitpflege herausgestellt werden konnte (Klie 2013; Weyerer/Schäufele/Hönig 2006; Blüher/Stosberg 2005; DIP 2002), manifestieren sich die Folgen veränderter Finanzierungsbedingungen in der gesundheitlichen Versorgung der letzten Jahre vor allem darin, dass Pflegenden sich durch die Fokussierung auf eine fortlaufende Optimierung der Arbeitsprozesse einem hohen Zeitdruck und einer Zunahme der Arbeitsverdichtung ausgesetzt sehen. Darüber hinaus wird Zeitdruck sehr häufig als belastender Faktor genannt, der sich sowohl auf die patientennahe als auch auf administrative Tätigkeiten bezieht (vgl. Kap. 2.3.5). Durch die nachfolgenden ausgewählten Interviewabschnitte soll empirisch nachgewiesen werden, wie auch in der vorliegenden Untersuchung die Interviewten in der Subkategorie: *(1) Zeitdruck und Arbeitsverdichtung* ihre eigenen

Relevanzsysteme im Zuge der Ökonomisierung entfalten und die damit zusammenhängenden Handlungsorientierungen zum Ausdruck bringen.

Auf die Nachfrage nach möglichen positiven oder negativen Veränderungen in Zusammenhang mit der Arbeitssituation geht aus dem Interview der Pflegedienstleiterin Frau Sauer (PDL) in einer interaktiven Dichte das Folgende hervor:

I: Haben Sie das Gefühl, dass es auch positive Veränderungen für die Pflegenden gibt oder würden Sie sagen, es ist eher in der Tendenz negativ?“ (Z. 52-53)

Frau Sauer (PDL): „Sagen wir es mal so, die Qualität / also ich finde es sinnvoll, dass halt die Qualität geprüft wird, ja, und dass auch alles beobachtet wird und auch alles gemacht wird, aber halt dieses nah am Menschen sein, dieses am Menschen arbeiten, worum sich jeder für diesen Beruf vielleicht entschieden hat, dieses ist ,aus dem Ruder gelaufen‘.“ (Z. 56-60)

I: Was meinen Sie mit, aus dem Ruder gelaufen?“ (Z. 62)

Frau Sauer (PDL): „Ja, früher hat man sich ja auch die Zeit genommen und hat dann sich eine halbe Stunde zu dem Bewohner gesetzt oder hat eine Stunde problemlos / und das ist ja gar nicht mehr möglich, weil einfach der Zeitdruck, weil 20 andere Bewohner sich melden und auch ihre Aufmerksamkeit haben möchten. Das war früher anders. Die Ansprüche der Bewohner sind einfach dadurch höher geworden. Früher waren die zufriedener die Bewohner vielleicht“ (Z. 65-70).

Die Interviewte beginnt zu erzählen, wie sich unter den gewachsenen Ansprüchen der Qualitätsentwicklung, die sie durchaus als wichtig und sinnvoll anerkennt, der Blickwinkel in der Gestaltung der pflegerischen Versorgung verändert hat. Sie beschreibt, wie sehr sich die „originäre pflegerische Arbeit“, die sie mit der Nähe zum Menschen verbindet, gewandelt hat. Hierzu nutzt sie ausdrücklich das Bild der Nähe, das „*nah am Menschen sein, dieses am Menschen arbeiten*“, indem sie mit der Arbeit am Menschen eine menschlich zugewandte Haltung assoziiert, die in der Verbundenheit mit dem Menschen verwurzelt ist und einen „vertrauten“, „innigen“ Prozess der Sorgetätigkeit impliziert. In ihrer Schilderung geht sie davon aus, dass diese menschliche Nähe der Berufsentscheidung der meisten Pflegenden zugrunde liegt. Umso stärker dokumentiert sich offenbar ihre Sorge der Veränderungen im pflegerischen Alltag, auf die sie hier mit der Metapher „*aus dem Ruder gelaufen*“ aufmerksam machen möchte. Sie wählt hierin eine Ausdrucksform, um die näheren Umstände zu beschreiben, die sich dahingehend verändert haben, dass ihrer Einschätzung nach eine Steuerung nur noch schwer möglich ist und dass durch die „ungeplant“ und „unmerklich“ verlaufenden Entwicklungen ihrer Ansicht nach das „Ruder nicht mehr rumzureißen ist“ bzw. das „Rad nicht mehr zurückgedreht werden kann“. Hierin zeigt sich das Ausmaß der Veränderung, so wie dies durch die Interviewte wahrgenommen wird. Durch die knappe Zeit,

die für den unmittelbaren zwischenmenschlichen Kontakt mit den Pflegebedürftigen zur Verfügung steht, kommt die unmittelbare Zuwendung „zu kurz“. Auch in dem Interview mit der stellvertretenden Pflegedienstleiterin Frau Radec (SPDL) dokumentiert sich ein zeitlicher Druck in der Versorgungspraxis:

I: „Was sind da die besonderen Herausforderungen für Sie als Pflegepersonal?“ (Z. 95)

Frau Radec (SPDL): [...] (überlegt) „Wenn wir dann mehr in Anspruch genommen werden, dann ist da Zeitdruck!“ (Z. 98-99)

I: Zeitdruck?“ (Z. 101)

Frau Radec (SPDL): „Ja“ (Z. 103)

I: „Zeitdruck, wie gehen Sie damit um?“ (Z. 105)

Frau Radec (SPDL): (seufzt) „Hach, wie gehen wir damit um? Gute Frage, (... lacht) es ist immer schwierig den Leuten zu sagen, warten Sie bitte. Wenn ich jemanden dusche z. B., und einer klingelt und muss dringend auf die Toilette. Ich kann denjenigen ja auch nicht während dem Duschen sitzenlassen einfach so und rennen, weil jemand dringend zur Toilette muss.“ (Z. 107-111)

I: Mhm (zustimmend) „Was machen Sie dann?“ (Z. 113)

Frau Radec (SPDL): „Und dann belastet das uns, ja, und dann sage ich, warten Sie bitte, oder ich höre auf, decke mit dem Handtuch, das hat man schnell, zu. Warten Sie hier bitte. Ich gehe dahin, da es sehr, sehr dringend ist. Und dann müssen wir uns teilen. Manchmal mehrere Bewohner klingeln. Hier klingelt es, da klingelt es“ (Z. 115-119).

Im Anschluss an die Frage nach den Herausforderungen überlegt die Interviewte kurz und beginnt zu beschreiben, dass der Zeitdruck eine besonders hohe Belastung für die Pflegenden darstellt. Um die Situation detaillierter zu beschreiben, verwendet sie ein Beispiel aus der alltäglichen Pflegepraxis, indem sie auf die Anforderungen der Pflegebedürftigen zurückgreift, die zur gleichen Zeit an die Pflegenden gestellt werden. In diesem Beispiel kommt zum Ausdruck, dass die vielseitigen und gleichzeitigen Anforderungen der Bewohner einen erhöhten Handlungsdruck erzeugen, den die Pflegenden in der jeweiligen Situation bewältigen müssen. Es entsteht ein Dilemma, das die Pflegenden dazu auffordert, unter einem hohen zeitlichen Druck eine Wahl zwischen zwei wesentlichen Handlungsaspekten treffen zu müssen, die gleichzeitig den Anforderungen und Bedürfnissen der Bewohner gerecht werden sollen. Anschaulich und praxisnah zeigt sich, dass die Pflegenden in der Situation im Grunde genommen gar nicht optimal handeln können. Dies wird in der Verwendung eines weiteren Beispiels deutlich, wenn die Interviewte ver-

sucht aufzuzeigen, wie sich die Handlungspraxis am gegebenen Moment als Konfrontation darstellt: Sie drückt dieses Spannungsfeld gleichzeitig mit zwei unterschiedlichen Metaphern aus:

Frau Radec (SPDL): „Und dann müssen wir uns teilen. Manchmal mehrere Bewohner klingeln. Hier klingelt es, da klingelt es“ (Z. 117-118).

Deutlich wird auch an dieser Stelle, dass die Pflegenden durch das zeitliche Dilemma belastet sind. Mit dem gewählten Bild der Interviewten – sie sieht in Zusammenhang mit den gleichzeitigen Handlungsaufforderungen ein „Aufteilen“: „müssen wir uns teilen“ – verweist die Interviewte auf eine Handlungspraxis, die mit einer hohen Anforderung an die Flexibilität der Pflegenden verbunden ist. Sie sind herausgefordert, trotz ihrer primären Planung in der Organisation der Versorgungsabläufe auf die nicht planbaren Anforderungen der zu Pflegenden unmittelbar zu reagieren. Erschwerend kommen hier die häufig zur gleichen Zeit gestellten Bedürfnisse unterschiedlicher Pflegebedürftiger hinzu, die an sie herangetragen werden und die sie in ihrer Priorität sorgfältig abwägen müssen. Durch die Auswahl der Metapher: „Hier klingelt es, da klingelt es“ wird unmissverständlich deutlich, wie sehr die Pflegenden sich unter diesen Rahmenbedingungen einem Druck ausgesetzt sehen, der sie sich „gehetzt“ fühlen lässt, da sie nicht zeitgleich auf alle Anfragen reagieren können. In den Schilderungen der Interviewten dokumentiert sich eine Handlungsorientierung und -absicht, die dadurch geprägt ist, dass die Interviewte von dem Anspruch ausgeht, auf alle Anforderungen der Pflegebedürftigen adäquat reagieren zu wollen und zu müssen. Dieser Anspruch kommt in dem Begriff „sich teilen müssen“ zur Geltung. Hierin deutet sich an, dass die Interviewte aus ihrem Berufsverständnis heraus gerne in verantwortungsvoller Absicht auf die jeweiligen Bedürfnisse reagieren möchte. Offensichtlich ist sie sich im gegebenen Moment jedoch nicht ausreichend bewusst, dass „man sich nicht teilen kann“, d. h., dass die jeweiligen Arbeitsanforderungen der Pflegebedürftigen nicht gleichzeitig, sondern nur hintereinander „abgewickelt“ werden können. Dieser Handlungsprozess setzt allerdings eine reflektierte Auseinandersetzung, einen Dialog der Verständigung mit den Pflegebedürftigen voraus, der aktiv zu führen ist.

Auf die Frage nach der aktuellen Arbeitssituation geht auch Frau Käfer ein (SPDL), wenn sie den Zeitdruck als belastend empfindet:

Frau Käfer (SPDL): „Also es ist schon knapp bemessen. Also, man bekommt immer irgendwie seine Arbeit gemacht, also die Bewohner sind schon gut versorgt, das will ich jetzt nicht sagen, dass eine Unterversorgung da ist. Aber man hätte eben gerne einmal ein bisschen mehr Zeit. Gerade dann morgens so in der Pflege. Das muss eben alles immer ‚rucki zucki‘ gehen. Und, ja, das man eben durchkommt, weil um 8:00 Uhr schon das Frühstück vor der Tür steht. Und die wollen ja auch alle essen und / also

es ist alles schon sehr knapp. Man ist oft froh, wenn man dann noch einen Praktikanten dabei hat. Die dann so ein bisschen ‚drum herum arbeiten‘ noch mitmachen können. Damit man sich mehr auf die Bewohner konzentrieren kann. Oder auch Praktikanten, die dann auch einen Bewohner mit versorgen, wenn sie länger da sind. Das wir ein ‚bisschen Luft haben‘. Wenn man morgens im Frühdienst ist, das ist schon (stöhnt). Also die Zeit für die Bewohner wird eben immer weniger“ (Z. 86-98).

Indem die Interviewte den Begriff „*rucki zucki*“ in ihrer Darstellung verwendet, wird auch an dieser Stelle deutlich, wie sehr die Bewältigung und Umsetzung der täglich anfallenden pflegerischen Versorgungsleistungen unter Zeitdruck erfolgen. Aus der verwendeten Metapher der Interviewten ist zu entnehmen, dass sie selbst diesen Zeitdruck in der Auseinandersetzung mit der täglichen Pflegearbeit in einer Art und Weise erlebt, dass nahezu keine „*Besinnung*“ möglich erscheint, da jede Form der Reflexion oder Besonnenheit den Fluss des „Handlungspragmatismus“ unterbrechen würde und verhindert, „*dass man eben durchkommt*“ bzw. den gesamten Anforderungen auch nachkommen und sie bewältigen kann. In den Schilderungen der Interviewten dokumentiert sich insgesamt eine Handlungsorientierung, in der die Interviewte zwar den Zeitdruck für die pflegerische Arbeit beklagt, sie aber gleichzeitig bemüht und bestrebt ist, unter den vorgegebenen Bedingungen der knapp bemessen zeitlichen Ressourcen einen Modus zu finden, um die anfallenden Aufgaben unter den gegebenen Verhältnissen und Rahmenbedingungen zu verrichten.

Vergleicht man die Interviewpassagen zu der Subkategorie (1) *Zeitdruck und Arbeitsverdichtung* miteinander, die sich aus dem steten Prozess einer fortlaufenden Optimierung der Arbeitsprozesse entwickelt haben und in den Einrichtungen zu einem hohen Zeitdruck und einer zunehmenden Arbeitsverdichtung führen, so werden auch hier Gemeinsamkeiten im Erleben dieses Zeitdrucks deutlich. Sowohl Frau Sauer (PDL) als auch Frau Radec (SPDL) und Frau Käfer (SPDL) bedauern, wie sehr sie selbst und auch die Pflegenden unter Zeitdruck geraten, da viele Bewohner zur gleichen Zeit ihre Bedürfnisse äußern, auf die sie gerne eingehen würden, aber durch den verengten zeitlichen Rahmen hieran gehindert sind. Dennoch unterscheiden sich die Wahrnehmungen der Akteure dort voneinander, wo die Akteure die einzelnen Aspekte der Veränderungen in der Handlungspraxis nuanciert anders wahrnehmen, sodass unterschiedliche handlungsleitende Orientierungen hieraus hervorgehen.

Frau Sauer (PDL) macht die gewachsenen Ansprüche an die Qualitätsentwicklung für den zunehmenden Zeitdruck verantwortlich. Sie bedauert den starken Rückgang in der Beziehungsgestaltung mit den Bewohnern, indem sich das „*Ruder*“ im Zuge der Entwicklungen nicht „*zurückreißen*“ lässt. Frau Radec (SPDL) verbindet indes mit den Entwicklungen einen erhöhten Handlungsdruck, der es den Pflegenden nicht möglich macht, auch wenn sie es wollten, „*optimal*“

reagieren zu können. Frau Käfer (SPDL) beklagt zwar den Zeitdruck, sie ist aber gleichzeitig bemüht, Handlungsalternativen einzubeziehen, mit denen sie nach ihren Möglichkeiten – beispielsweise durch den Einsatz von Praktikanten – dem Zeitdruck begegnen kann.

5.2.2.2 Bürokratieaufwand und eingeschränktes Vertrauen in die Handlungskompetenz

In dem nachfolgenden Abschnitt soll auf den Aspekt des Bürokratieaufwandes eingegangen werden, der sich aus der Relevanzsetzung der Akteure ergibt und den sie in ihrer Wahrnehmung als unverhältnismäßigen Aufwand in der Handlungspraxis verbinden. Aus den theoretischen Vorannahmen in der Studie zu dem Anstieg des Dokumentationsaufwandes in der Pflege beschreibt Friesacher (2008; 2009) die damit verbundenen Konsequenzen für das Feld der Pflege. Er sieht durch den wachsenden Bürokratieaufwand die Ebene des Vertrauens zwischen dem pflegerischen Personal und den Patienten zugunsten einer Bürokratisierung der Arbeitsprozesse schwinden. Obwohl inzwischen Maßnahmen zur Entbürokratisierung⁶⁴ in der Pflege durch das Bundesministerium für Gesundheit (2016) eingeleitet worden sind, soll diese Dominanz der ökonomischen Perspektive in der Rekonstruktion der Interviews aufgegriffen werden. Die im Folgenden präsentierten Interview-Befunde sollen den theoretischen Vorannahmen gegenübergestellt werden, um den tatsächlichen empirischen Befund in Zusammenhang mit dem gewachsenen Pflegedokumentationsaufwand hervorzuheben. Es zeigt sich in der Rekonstruktion der Interviews ein Kontrast in der Relevanz der Wahrnehmung des Dokumentationsaufwandes durch die Akteure. Indem die Akteure vor allem die Relevanz der Bedeutung des Vertrauens- und Kompetenzverlustes mit dem „unverhältnismäßigen“ Dokumentationsaufwand hervorheben, scheint an dieser Stelle die in den theoretischen Vorannahmen erwähnte Vertrauensebene zwischen dem pflegerischen Personal und den Patienten in den Hintergrund der Wahrnehmung der Akteure zu treten.

Die stellvertretende Pflegedienstleiterin Frau Bachmann (SPDL) beginnt in der Eingangsfrage zu erzählen, dass sie in den letzten Jahren weniger in der Pflege, sondern vielmehr in der administrativen Arbeit der Pflege mitgewirkt hat. Hier zeigt sich, dass sich in den letzten Jahren die Anforderungen der Pflegenden ohnehin strukturell verändert haben, da vor allem der Aufwand der Pflegedokumentation zugenommen hat. Die inhaltliche Erstellung von Pflegepla-

⁶⁴ Eine Studie im Auftrag der Bundesregierung aus dem Jahre 2013 hat den bürokratischen Aufwand in der Pflege ermittelt. Allein für die Pflegedokumentation entstehen demnach jährliche Kosten von rund 2,7 Milliarden Euro. Mehr als zwei Drittel dieser Kosten entfallen dabei auf das Ausfüllen von Leistungsnachweisen (Statistisches Bundesamt 2013). Das Projekt startete im Januar 2015 und wird bis Ende Oktober 2017 fortgeführt (Bundesministerium für Gesundheit 2016).

nungen sowie die Überwachung des Medikamentenwesens und viele weitere Aspekte im Dokumentationswesen nehmen deutlich mehr Raum ein. Hierdurch haben sich die Anforderungen an die Pflegefachkräfte insgesamt verlagert. Die Interviewte beschreibt dies mit ihren Worten:

Frau Bachmann (SPDL): „[...] Es wird eben immer mehr mit Schreiben und was der MDK verlangt, und deswegen ist es jetzt weniger Pflege und dafür mehr Schreibkram“ (Z. 17-19).

Durch die Beschreibung der Interviewten wird deutlich, dass sie den gewachsenen Aufwand an Dokumentationsarbeiten im Rahmen des Pflegeprozesses eng mit einer „lästigen“ Pflichterfüllung verbindet, die sich aus den Forderungen, aus dem „Verlangen“ des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) heraus entwickelt hat. Aus ihrer Schilderung geht hervor, dass Frau Bachmann (SPDL) in diesen Dokumentationsarbeiten keinen weiteren, bedeutungsvollen Sinnzusammenhang zu sehen scheint als eine reine Pflichterfüllung, der sie auf „Verlangen“ nachkommt. Es könnte davon ausgegangen werden, dass sie mit der Äußerung, „was der MDK verlangt“, ihrer Assoziation nach mit der Prüfinstanz (MDK) eine Ebene verbindet, die Forderungen zur Erfüllung von „Geboten“ stellt und dass sie die damit verbundenen Ansprüche als eine „lästige“ Pflicht wahrnimmt, der sie nachkommen muss. So bewertet sie in sich den gesamten Dokumentationsaufwand mit dem Begriff „Schreibkram“, der zu einer eingeschränkten Zuwendung gegenüber den Bewohnern führt und dem sie offensichtlich wenig pflegefachliche Bedeutung zuschreibt. In der Verwendung der Metapher „Schreibkram“ drückt sich ebendiese Haltung gegenüber dem Dokumentationsaufwand aus, den sie als „Krempel“ im Sinne eines „lästigen Beiwerks“ beschreibt und als etwas, was nicht zwingend erforderlich ist, kommentiert. Auf eine weitere Nachfrage der Interviewerin, was diese Wandlung für einen Einfluss auf sie hat, beginnt Frau Bachmann näher auf diesen Aspekt einzugehen:

Frau Bachmann (SPDL): „Dass ich fast den ganzen Tag teilweise nur noch am Schreibtisch sitze. Das ich halt kontrolliere, sind die Einträge richtig, ist alles eingetragen? Sind die Pflegeplanungen evaluiert, sind die auf dem neuesten Stand, wird regelmäßig gewogen? Weil, das muss ja auch wieder dann nachgewiesen werden. Hat der z. B. abgenommen, muss der Hausarzt informiert werden, muss der Betreuer informiert werden. Dann müssen wir Schritte einleiten, dass die Nabrung, das Essen umgestellt wird. Also es ist halt / im Kleinen fängt es an und dann muss man halt im Nachhinein sich um alles kümmern. Das ist so, was halt immer mehr Arbeit in Anspruch nimmt. Man (unn.) alles verschriftlichen muss“ (Z. 26-34).

Die Interviewte beginnt zu schildern, dass sie sehr viel Zeit am Schreibtisch verbringt und dabei kontrolliert, ob die Eintragungen auch ordnungsgemäß getätigt worden sind, da dies immer wieder nachzuweisen ist. Diese Pflegeprozessplanung, die genau und detailliert nachvollziehbar sein

muss, so die Interviewte, nimmt stets mehr Zeit in Anspruch. Auch in dieser Darstellung und Beschreibung der Interviewten verdeutlicht sich, dass sich der Zeitaufwand für die Dokumentation insgesamt erhöht hat und dazu führt, dass viel Zeit sowohl für die Pflegenden als auch für sie als stellvertretende Pflegedienstleiterin in ihrem unmittelbaren Kontakt zum Pflegebedürftigen verlorenggeht. Indem Frau Bachmann (SPDL) darauf hinweist, dass sie *„fast den ganzen Tag teilweise nur noch am Schreibtisch sitze“*, zeigt sich darüber hinaus auch, wie viel Zeit sie für das Kontrollieren der Tätigkeiten der Mitarbeiter verwendet, die einen Beweis über die erbrachten Leistungen erbringen müssen.

In diesem Zusammenhang geht auch aus dem Interview mit der Pflegedirektorin Frau Lutz (PD) eine deutliche Kritik hervor, die sich gegen den vermehrten Dokumentationsaufwand wendet, der aus den Bestimmungen und der Regulierung des Pflegeversicherungsgesetzes resultiert:

Frau Lutz (PD) „[...] Heute wird ja vom MDK mit einem Zentimetermaß abgemessen, ob die Medikamente alle auch wirklich ordnungsgemäß verabreicht wurden oder ob da ein Defizit ist zu dem, was dokumentiert ist oder zur Menge, die noch im Flächen vorrätig ist. Also, völlig neben der Spur, aus meiner Sicht [...]“ (Z. 109-113).

Indem sie beschreibt, dass der MDK mit einem Zentimetermaß abmisst, ob die Medikamente auch wirklich ordnungsgemäß verabreicht und dokumentiert worden sind, bringt sie einerseits die Unverhältnismäßigkeit des Prüfaufwandes zum Ausdruck und andererseits das offensichtlich verlorengegangene Vertrauen in die Handlungskompetenz der Pflegenden, das sich eben gerade darin zeigt, dass deren fachliche Handlungspraxis von einer äußeren Instanz überprüft wird. Es offenbart sich in ihrer Haltung mehr als Kritik gegenüber dieser Entwicklung. Es wird vielmehr deutlich, dass sie die gegenwärtige Praxis als vollkommen „unangemessen“, „eigentümlich“ und „absurd“ einschätzt, indem sie die Situation metaphorisch als *„völlig neben der Spur“* betrachtet. In der Art und Weise der Darstellung von Frau Lutz (PD), in der sie beschreibt, wie der MDK prüft, ob die Medikamente, die verabreicht worden sind, auch alle ordnungsgemäß schriftlich protokolliert werden, dokumentiert sich der negative Gegenhorizont der Interviewten gegenüber der Prüfinstanz, deren Handlungspraxis von der Interviewten relativiert wird, da sie den Sinn, die Handlungsabsicht und die Handlungspraxis der Instanz, die der Gesetzgeber ins Leben gerufen hat, offensichtlich nicht teilt.

Auch in dem Interview mit Frau Petz (PDL) werden die Folgen der Pflegedokumentation deutlich. Auf die immanente Nachfrage nach möglichen Veränderungen der Wertmaßstäbe, die im Rahmen der wissenschaftsorientierten Fragestellung nach den Werthaltungen der Pflegenden

durch die Interviewte in den Dialog eingeführt wurden, geht Frau Petz (PDL) unmittelbar auf den Dokumentationsaufwand ein:

Frau Petz (PDL): „Ich glaube, es hängt auch vieles damit zusammen, es muss ja alles dokumentiert werden. Was nicht dokumentiert ist, ist ja nicht gemacht. Früher hat man einfach gemacht. Da hat keiner gesagt: ‚Hier, hast du auch aufgeschrieben, dass Du dem die Fingernägel jetzt gesäubert hast oder geschnitten hast?‘ Das war so, das hat man gemacht, aber das hat kein Mensch dokumentiert. Ich habe jemandem die Haare gewaschen, ich habe sie noch aufgedreht oder so. Der saß ordentlich in seinem Sessel. Aber da hat ja keiner gesagt: ‚hast Du das denn auch jetzt dokumentiert?‘ Aber heute muss ja wirklich jeder Handgriff muss dokumentiert werden, sonst ist er ja, überspitzt gesagt, nicht getan. Ich glaube, das hängt auch damit zusammen [...]“ (Z. 422-430).

Die Interviewte vergleicht in dem Interview am Beispiel der Dokumentation die heutigen Rahmenbedingungen mit früher. Sie erzählt, dass im Vergleich die pflegerischen Tätigkeiten früher „einfach“ umgesetzt wurden und niemand habe danach gefragt, ob das auch aufgeschrieben sei. Heute, so argumentiert sie weiter, „muss ja wirklich jeder Handgriff [...] dokumentiert werden, sonst ist er ja, überspitzt gesagt, nicht getan“. Auch in der Beschreibung der Interviewten Frau Petz (PDL) zeigt sich eine „relativierende“ Haltung gegenüber dem Pflegedokumentationsaufwand, den sie als zu „unverhältnismäßig“ einschätzt. Indem sie sich auf den Begriff der Einfachheit bezieht, mit der früher die pflegerischen Tätigkeiten eben „einfach gemacht“ wurden, ohne dass sie schriftlich erfasst und protokolliert werden mussten, dokumentiert sich ihre Handlungsorientierung, die von einer „Aufrichtigkeit“, einer „Ehrlichkeit“ im Umgang mit der pflegerischen Handlungspraxis ausgeht, die allerdings durch die Prüfinstanz des medizinischen Dienstes heute nicht anerkannt oder sogar „in Zweifel“ gezogen wird. Auch in den Schilderungen von Frau Petz kommt vor allem ein schwindendes Vertrauen in die pflegepraktische Kompetenz der Pflegenden zum Ausdruck, das sie metaphorisch hervorhebt, indem sie das Verhalten als „überspitzt“ bezeichnet und sogar als „übersteigert“ empfindet. Auch sie nimmt offensichtlich den Aufwand der Pflegedokumentation vorrangig als Ausdruck des Vertrauensbruches in die Handlungskompetenz der Pflegenden wahr, indem sie zusammenfasst, dass das, „was nicht dokumentiert ist, ja nicht gemacht“ ist. Eine mögliche pflegefachliche Relevanz der Pflegedokumentation bringt sie an dieser Stelle nicht zum Ausdruck.

Aus allen Erzählungen und Beschreibungen der interviewten Akteure: Frau Bachmann (SPDL), Frau Lutz (PD) und Frau Petz (PDL), zu dem Subkriterium: (2) *Bürokratieaufwand und eingeschränktes Vertrauen in die Handlungskompetenz* geht hervor, dass der Aufwand der Pflegedokumentation zugenommen hat. Die Akteure bestätigen insgesamt, dass durch den Dokumentationsaufwand Zeit für die unmittelbare pflegerische Versorgung und die Interaktion mit den Bewohnern verloren geht. Insbesondere jedoch zeigt sich in den Schilderungen eine Wahrnehmung

des schwindenden Vertrauens in die Handlungskompetenz der Pflegenden durch die politisch installierten Prüfinstanzen, aber auch auf der unmittelbaren Handlungsebene in der alltäglichen Zusammenarbeit (Frau Bachmann SPDL). Gleichzeitig geht aus allen Interviews eine „relativierende“ Haltung gegenüber dem Pflegedokumentationsaufwand hervor, den sie als „unverhältnismäßig“ und „übersteigert“ wahrnehmen. Darüber hinaus kristallisiert sich in allen Interviewabschnitten heraus, dass auf die pflegefachliche Relevanz der Pflegedokumentation durch die Akteure nicht näher eingegangen wurde.

5.2.2.3 Qualität der pflegerischen Versorgung

In dem nachfolgenden Abschnitt geht es darum, die Qualität der pflegerischen Versorgung unter den veränderten Rahmenbedingungen der Ökonomisierung zu beleuchten, so wie diese von den Interviewten wahrgenommen wird. Hierzu werden Interviewabschnitte aufgenommen, in denen die Akteure ihre jeweiligen Einschätzungen schildern und darstellen. Die Wahrnehmungen der Akteure reichen von der Beschreibung einer positiven Qualitätsentwicklung, die vor allem durch die Anerkennung der Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner gekennzeichnet ist, über die Erfahrung, dass durch die Arbeitsteilung die Gestaltung der zwischenmenschlichen Kontakte zu den Bewohnern zu kurz kommt bis hin zu der Einschätzung einer Fehlbedarfsplanung, die den tatsächlichen Pflegeansprüchen der Bewohner nicht gerecht wird.

Frau Petz (PDL): „Also ich finde, es wird mehr gefordert von den Mitarbeitern, einfach im Hinblick auf die Behandlungspflege [...] Heute ist das, läuft das alles/ Das sind Vorgaben und die laufen. Da wird alle zwei Stunden gelagert, da werden Transfers durchgeführt. Und früher glaube ich, war das alles ein bisschen lockerer. Ach ja, wenn der eine sagte: ‚nein, ich mag jetzt nicht‘, dann war das auch so und heute werden die Leute auch viel mehr aufgeklärt. Es werden die Betreuer aufgeklärt, die Angehörigen, mit dem Bewohner wird gesprochen. Das Für und Wider wird erklärt und ich denke, also dadurch ist schon eigentlich viel offenere Pflege auch da. Früher wurde das immer so ein bisschen übergestülpt. Auch mit der Körperpflege, die meist jeden Tag / sie werden heute auch noch gewaschen, aber heute geht man mehr auf die individuellen Bedürfnisse über, man fragt die Leute, was möchten sie, wie hätten Sie das gerne? Früher war das schon, „wie so eine Fließbandarbeit“ Ich bin in das Zimmer, ich habe da jemanden gewaschen, ich habe den gefüttert, man soll ja nicht füttern sagen, aber der ist wirklich dann gefüttert worden und dann ging es ans nächste Bett. Obwohl die Zeit ja da gewesen wäre. Es war ja eigentlich noch mehr Personal da. Aber heute geht man vielmehr auf die Leute ein. Man setzt sich ans Bett, man fragt dann, was möchten Sie essen? Möchten Sie ein Marmeladenbrot oder lieber ein Honigbrot? Ich finde, das ist alles viel offener und schöner geworden.“ (Z. 94-120)

In ihrer wahrgenommenen Qualität der Pflege betont Frau Petz (PDL), dass im Gegensatz zu früher heute viel mehr von den Mitarbeitern in der Pflege gefordert wird. Dieses manifestiert sich vor allem im Bereich der Behandlungspflege. Sie sieht gerade in den heutigen strukturierten Vor-

gaben der Pflegeprozessgestaltung sowie in der „Selbstbestimmung“ der Bewohner eine positive Entwicklung. Sie hebt hervor, dass es Vorgaben gibt, die „laufen“ und verweist damit auf die einzelnen Prozessschritte, die durch die Standardisierung den Pflegenden eine Orientierung geben. Hierdurch wird gewährleistet, dass die einzelnen Handlungsschritte verbindlich vollzogen werden. Darüber hinaus, so die Interviewte, habe man damals nicht so sehr auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner geachtet. Die Pflege wurde ihnen viel eher „so ein bisschen übergestülpt“ oder gar „aufgezwungen“. Pflegetätigkeit wurde eher wie eine mechanische Handlung, „wie eine Fließbandarbeit“ verrichtet. In ihrer Beschreibung über den Unterschied der pflegerischen Arbeit zwischen damals und heute eröffnet sich ein positiver Horizont, den die Interviewte mit den fortlaufenden Entwicklungen zur Verbesserung der Pflegequalität in den letzten Jahren in Verbindung bringt. Sie nimmt diese Entwicklung sehr positiv wahr und beschreibt sie als viel „offener“ und „schöner“. Hierin zeigt sich ihre insgesamt positive Haltung gegenüber den Entwicklungen in der Pflegequalität, die sich im Rahmen der Gesamtentwicklung der letzten Jahre unter dem Ökonomisierungsprozess vollzogen haben.

Auch aus dem Interview mit Frau Radec (SPDL) geht hervor, dass sich die Qualität in der Pflege ihrer Wahrnehmung nach verändert hat:

Frau Radec (SPDL): „Also die Qualität, denke ich, hat sich ins Positive verändert, aber selber die Bewohner, die jetzt kommen, die kommen mit höherer Pflegestufe, also mit mehr Bedürftigkeit her zu uns“ (Z. 18-20).

Obwohl laut Frau Radec (SPDL) die Pflegebedürftigen im Gegensatz zu früher erst in die Einrichtung kommen, wenn der Pflegbedarf erhöht ist, hat sich die Qualität der Versorgung positiv verändert. Im Verlaufe des weiteren Dialogs, der durch eine interaktive Dichte ausgezeichnet ist, drückt sie jedoch ihr Bedauern darüber aus, dass der persönliche Austausch mit den Pflegebedürftigen inzwischen zu kurz kommt:

Frau Radec (SPDL): „Für uns, dass wir dann mehr Arbeit haben, also körperliche Arbeit, weniger Zeit für die Bewohner, um irgendwelche Gespräche zu führen. Und mehr dann pflegerisch immer mit dem Essen uns beschäftigen, und Toilettengänge. Und dann kommen dazu noch die Betreuungskräfte, wunderbare gute Sache, aber da werden wir von der Beschäftigung mit dem Bewohner so ein bisschen zurückgestellt. Was mich zurzeit sehr beschäftigt.“ (Z. 24-29)

I: „Inwiefern?“ (Z. 31)

Frau Radec: (SPDL) „Dass man weniger Zeit mit den Leuten hat, irgendetwas zu machen.“ (Z. 33)

I: „Ja.“ (Z. 36)

Frau Radec (SPDL): „Ich denke, wir bauen mit den Leuten ein gewisses Vertrauen auf bei der Pflege, weil wir nicht nur waschen, wir führen mit denen auch Gespräche. Kennen Sie sehr gut, auch von früher (unv.) die erzählen uns von sich. Wir erzählen was von uns, da bauen wir so familiäre Atmosphäre auf, aber wir können nur pflegen“ (Z. 38-41).

Aus den Erzählungen der Interviewten wird deutlich, dass sie zwar eine Verbesserung in der Qualität der pflegerischen Versorgung verzeichnet, aber dass sie den kommunikativen und interaktiven Kontakt zu den Bewohnern entbehrt, da sich die Aktivitäten sehr stark auf die Verrichtung der Körperpflege konzentrieren. Frau Radec (SPDL) sieht den unmittelbaren Beziehungsaufbau, den Austausch und die Entwicklung der Beziehungsgestaltung zwischen den Pflegenden und den Pflegebedürftigen eingeschränkt, wobei sie grundsätzlich davon ausgeht, dass diese Form der Beziehungspflege ganz wesentlich zum Aufbau eines vertrauensvollen Kontaktes beiträgt. Sie beschreibt den Kern dieses Beziehungs- und Vertrauensaspektes mit den Worten „familiäre Atmosphäre“, die sie im Gegensatz zu früher in ihrer heutigen Arbeit vermisst. Indem die Interviewte das Bild der familiären Atmosphäre benutzt, zeigt sich, wie sehr sie in ihrem Pflegeverständnis von einer persönlichen, annahmefähigen, zugewandten und vertrauensvollen Haltung in Verbundenheit mit den Pflegebedürftigen ausgeht und diese in den Mittelpunkt rückt. Der Aufbau einer solchen Atmosphäre, so die Interviewte, die sie mit den Gegebenheiten familiärer Beziehungsstrukturen gleichsetzt, gehe unter den derzeitigen Entwicklungen im Rahmen der arbeitsteiligen Prozesse (Pflege, Betreuung) verloren, da der Schwerpunkt der Pflegenden auf den rein pflegerischen Aspekten liegt.

Aus einer gänzlich anderen Perspektive betrachtet die Pflegedirektorin Frau Lutz (PD) die Entwicklung der Qualität der pflegerischen Versorgung. Auf die Frage nach möglichen positiven Veränderungen in der Einrichtung geht sie im Gespräch zunächst kurz auf die Mitarbeiterperspektive und anschließend ausführlich auf die Perspektive der Bewohner ein:

Frau Lutz (PD): „[...] Also, wenn ich die Mitarbeiter spreche, die ich schon zwanzig Jahre kenne, würde ich sagen, ich sehe keine. Was man für die Einrichtungen, für die Bewohner sagen muss, dieses Teilhabegesetz, das ja heute so sehr in den Vordergrund geht, hat schon vieles positiv bewirkt. Aber, es geht mehr in die Richtung, den Tag gestalten mit irgendwelchen Unternehmungen. Das immer Konzerte, Veranstaltungen, Ausflüge, Festivitäten / der Schwerpunkt hat sich sehr daraufhin verändert. Und der medizinische / [...] die Krankheit des alten Menschen ist sehr, sehr zu kurz gekommen. So sehe ich das. Das ist eigentlich der Kontrast zu dem, dass immer mehr, höhere Pflegestufen in die Heime gehen. Früher war im Altenheim jemand, der einfach eine niedrige Rente hatte. Der hat gesagt, ich kann so nicht mehr leben und ich gebe meine kleine Rente ab, lebe im Heim, bekomme mein Taschengeld, war das ja damals noch und hab mit nichts mehr was zu tun. Das waren mobile Rentner. Heute wird ja schon überlegt, ob nicht die Pflegestufe I ambulant man versorgen muss und nur noch die Pflegestufe II,

III und Härtefälle in den Heimen. Und das wiederum passt gar nicht zur Teilhabe, dass die Menschen alle noch so in der Lage sind am Leben wirklich so Teil zu haben, wie man das vom Gesetz her gedacht hat. Für mich ist da eine Schere, die weit auseinander klappt. Und häufig wäre es für diese schwerkranken, alten Menschen besser, chronisch krank, wie Langzeiterkrankten, wenn die Pflege mehr Handlungsspielraum hätte auf dem medizinischen Bereich“ (Z. 78-97).

Sie beschreibt die veränderten Entwicklungen aus der Perspektive der Bewohner und erwähnt, dass den Bewohnern sehr viele Angebote zur Unterstützung der Tagesgestaltung gemacht werden, aber im Kontrast hierzu inzwischen stets mehr Pflegebedürftige mit höheren Pflegestufen in die Einrichtung kommen. Obwohl sie erwähnt, dass das „*Teilhabegesetz*“⁶⁵, das ja heute so sehr in den Vordergrund geht“, vieles positiv bewirkt hat, kritisiert sie, dass diese „gut gemeinte“ gesetzliche Maßnahme zum Thema Freizeit-/Tagesgestaltung am Bedarf vorbeigehen. Dies, da die Pflegebedürftigen gar nicht mehr so mobil und agil sind. In dieser Darstellung beschreibt sie „eine Schere, die weit auseinander klappt“, eine „klaffende Lücke“, die zwischen gesetzgeberischem Anspruch und der Wirklichkeit erkennbar ist. Tatsächlich haben die Pflegebedürftigen in den Heimen heute andere Bedürfnisse als früher. Sie bräuchten eher mehr Zuwendung im pflegerischen und medizinischen Bereich als das Angebot von „Konzerten, Veranstaltungen, Ausflügen, Festivitäten“. Frau Lutz (PD) argumentiert dies vor dem Hintergrund dessen, dass sich der Schwerpunkt des Pflegebedarfs tatsächlich verändert hat, da mit dem Heimeinzug heute eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit verbunden ist. Hierin erkennt sie auch den Grund dafür, dass den Pflegenden mehr „Handlungsspielraum“ eingeräumt werden muss, um auf diese veränderten Ansprüche der Bewohner unmittelbar reagieren zu können. Es dokumentiert sich in homologer Weise ein negativer Gegenhorizont gegenüber den Entwicklungen in der Einrichtung. Frau Lutz (PD) kritisiert, dass mit der Fehlplanung der Versorgungsangebote die Versorgung des kranken, alten Menschen „die Krankheit des alten Menschen ist sehr, sehr zu kurz gekommen“, nicht ausreichend berücksichtigt wird. Sie lehnt diese Entwicklung daher ab, da gerade durch den erhöhten Pflegebedarf der Bewohner der Schwerpunkt der Versorgung sich zugunsten einer medizinisch-pflegerischen Versorgung verändert hat.

⁶⁵ Das Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) dient der: „Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen in NRW (GV. NRW. S. 625).“ Das Gesetz wurde verordnet durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter im Benehmen mit dem Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags sowie – hinsichtlich des § 45 Absatz 1 Nummer 7 des Wohn- und Teilhabegesetzes – im Einvernehmen mit dem Ministerium für Bauen, Wohnen, Stadtentwicklung und Verkehr.“ (vgl. Ministerium für Inneres und Kommunales für das Land Nordrhein-Westfalen. ([https:// recht.nrw.de](https://recht.nrw.de))).

Aus den Interviews, Frau Petz (PDL) und Frau Radec (SPDL), ist zu entnehmen, dass sich unter der zunehmenden Betriebswirtschaftlichkeit in den Einrichtungen die Pflegequalität für die Bewohner positiv entwickelt hat. Für Frau Petz (PDL) steht in ihrer Betrachtung der Entwicklung der Respekt der Pflegenden vor den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner als Qualitätsmerkmal im Vordergrund. Darüber hinaus nimmt sie die standardisierten Vorgaben in der täglichen Praxisgestaltung als eine Orientierung für die Betriebs- bzw. pflegerischen Prozessabläufe im positiven Sinne wahr. Im Unterschied hierzu zeigt sich in den Beschreibungen der stellvertretenden Pflegedienstleitung Frau Radec (SPDL), dass mit der zunehmenden Arbeitsteilung die Gestaltung des zwischenmenschlichen Kontaktes als wesentlicher Bestandteil pflegerischer Zuwendung zu den Bewohnern zu kurz kommt.

In einer zusammenfassenden Analyse zeigt sich, dass die Akteure unterschiedliche Aspekte der Pflegequalität in den Vordergrund ihrer Schilderungen rücken. Hier ist insbesondere im Falle Frau Radec (SPDL) die Beziehungsqualität von großer Bedeutung und im Falle Frau Petz (PDL) der Aspekt der Bedürfnisorientierung. Im Falle Frau Lutz (PD) werden grund- und behandlungspflegerische Aspekte hervorgehoben. Sie bemerkt, dass mit den veränderten Entwicklungen eine Fehlbedarfsplanung eingetreten ist, die den tatsächlichen Pflegeansprüchen der Bewohner nicht gerecht wird, da die derzeitige Bewohnerstruktur durch einen deutlich höheren Pflegeaufwand charakterisiert ist. Sie bedauert in diesem Zusammenhang, dass man den tatsächlichen Qualitätsansprüchen der Pflegebedürftigen nicht gerecht werden kann, da der Bedarf an pflegerischer und medizinischer Betreuung der chronisch und langzeiterkrankten Menschen höher ist als der Bedarf zur Gestaltung von gemeinsamen Unternehmungen.

Aus den Darstellungen der Akteure ist zu entnehmen, dass sich unter den Entwicklungen der fortschreitenden Ökonomisierung ein ganzheitliches Bild von der Qualität pflegerischer Versorgung in der Langzeitpflege für die Akteure in ihrer Wahrnehmung nicht aktualisieren lässt. Dies zeigt sich in der unterschiedlichen Hervorhebung der Aspekte, welche die Akteure unbewusst mit ihren persönlichen Assoziationen ihrer pflegerischen Haltung gegenüber dem Pflegequalitätsbegriff verbinden. Es ist anzunehmen, dass durch die Rationalisierung und Fraktionierung der Arbeitsprozesse und dem damit verbundenen Zeitdruck ein ganzheitlicher Blick auf die Versorgungsqualität vor den subjektiven Wahrnehmungen der Versorgungsschwerpunkte durch die Akteure: *Perspektive der Bewohnerbedürfnisse* Frau Petz (PDL); *Perspektive der Interaktion und Kommunikation* Frau Radec (SPDL); *Perspektive der grund- und behandlungspflegerischen Versorgung* durch Frau Lutz (PD) zurücktritt. Summa summarum wird deutlich, dass die differenten Vorstellungen von „Qualität“ der Pflege einen gemeinsamen Orientierungspunkt vermissen lassen, der den Akt-

euren als gemeinsamer Fluchtpunkt als Referenz „pflegerischer Werthorizonte“ (vgl. Kap. 2.1.3.3) zur Beurteilung der Pflege dienen könnte.

5.2.2.4 Bewältigung der aktuellen Versorgungspraxis

Dieser Abschnitt rekonstruiert die Bewältigung der aktuellen Versorgungspraxis vor dem Hintergrund einer immer stärker werdenden Rationalisierung in den Pflegeeinrichtungen. Hierzu werden Interviewabschnitte herangezogen, in denen die Handlungsstrategien der Akteure sehr „prägnant“ (Bohnsack 2014, S. 142) zum Ausdruck kommen. Hierdurch ist es möglich, die Unterschiede in der Wahrnehmung der aktuellen Arbeitssituation durch die Akteure und die damit verbundene tatsächliche Handlungspraxis abzubilden. Darüber hinaus wird durch die aufscheinende Kontrastierung der unterschiedlichen Fälle ein weiterer Schritt in die Typologisierung ermöglicht. So zeigt sich in dem Interview mit Frau Lutz (PD) ihre Einschätzung zur aktuellen Arbeitssituation der Pflegenden. Sie geht im Folgenden näher auf die Konsequenzen ein, die sie bei den Pflegenden aufgrund der veränderten Rahmenbedingungen wahrnimmt:

Frau Lutz (PD): „Ja, die sind unglücklich. Das gibt Frust, das macht unzufrieden. Und ich habe ganz viele, gerade in den letzten Wochen gesprochen, die sich verändern möchten, die raus möchten, die nach einer Veränderung suchen, weil sie sich einfach nicht mehr wohl fühlen. Oder auch ungerne zum Dienst kommen und das sind ganz schlimme Zeichen“ (Z. 212-216).

In der Art und Weise, wie die Interviewte die Situation der Pflegenden erfasst und beschreibt, dokumentiert sich in homologer Weise ihre Wahrnehmung der Gesamtsituation, so wie sie diese vor dem Hintergrund ihrer eigenen beruflichen Auffassung erlebt. Indem sie die Begrifflichkeiten „*unglücklich*“, „*Frust*“, „*unzufrieden*“, „*nicht mehr wohlfühlen*“, „*das sind ganz schlimme Zeichen*“ wählt, erhebt sie einen Befund und drückt damit ihre Einschätzung der Ist-Situation aus. In ihrer Darstellung drückt sich in wiederholter Weise eine Form des passiven „Erleidens“, der „Ohnmacht“ aus, mit dem sie sowohl ihre eigene Situation als auch die Gesamtsituation der Pflegenden darstellt. Auf die Frage nach den Konsequenzen ihrer Einstellung in der alltäglichen Handlungspraxis erwähnt sie auch an dieser Stelle den Begriff des Schicksals in Form von „*Schicksalsschlägen*“, um auf die Hintergründe der Mitarbeiter aufmerksam zu machen.

Frau Lutz (PD): „Das müsste man morgens /. Also, man hat ja immer Mitarbeiter, wo man weiß, dem geht es zur Zeit nicht gut oder der ist in der Wiedereingliederung / gut, da ist er krankgeschrieben und ist zusätzlich da, aber man hat ja auch andere Mitarbeiter, die schwere Schicksalsschläge haben, wo man weiß, die können im Moment nur im Hintergrund arbeiten, können sich nicht so konzentrieren, sind nicht so belastbar. Und wenn ein Team funktioniert und die Leitung das spürt, muss sie darauf Rücksicht nehmen. Aber das sind keine Dauerzustände, weil das wieder zulasten des gesamten

Teams geht. Das ist jeden Tag ein neues Austaktieren und deswegen ist diese ganz straffe Struktur, wer macht was? Es gibt ja diesen Arbeitsplan. Das lässt sich ganz oft gar nicht durchführen. Also das erlebe ich immer wieder, dass die Mitarbeiter sagen, ohh! die Tafel, ob ich das gesteckt habe oder nicht. Es läuft sowieso anders. Was soll das? Es gibt wenig Tage, wo das wirklich so ablaufen kann.“ (Z. 166-178)

Die Interviewte weist in dieser Sequenz ganz besonders auf die Bedeutung eines guten Teams hin, das aus ihrer Sicht wesentlich dazu beiträgt, eine zeitweilig eingeschränkte Fähigkeit der Mitarbeiter oder aber auch Personalausfälle durch Krankheit zu kompensieren. *Gleichzeitig* bemängelt sie, dass erstellte Arbeitspläne sehr häufig nicht umgesetzt werden können und bemerkt diese Umstände mit dem Ausdruck: „*Was soll das? Es gibt wenig Tage, wo das wirklich so ablaufen kann*“. Auch in dieser Art und Weise, in der sie zum Abschluss der Sequenz die aktuelle Arbeitssituation in der Einrichtung kommentiert, wird in homologer Weise ihre Haltung gegenüber der Entwicklung der Ökonomisierung deutlich. Sie schätzt die Situation als „absurd“ ein, da es ihr „widersinnig“ und „unsinnig“ erscheint, im Zuge der Rationalisierung alles durchplanen und standardisieren zu können. Dies erweist sich in der Alltagspraxis als eine Illusion, da der Arbeit mit Menschen am Menschen nicht nur statische, sondern in hohem Maße dynamische Aspekte zugrunde liegen, die im Führungsalltag der Einrichtungen berücksichtigt werden müssen.

Auch in dem Interview mit Herrn Kautz (PDL) zeigt sich seine Handlungsstrategie, mit der er die aktuelle Arbeitssituation in der Versorgungspraxis bewältigt. Hierzu bezieht er sich auf ein Beispiel aus dem Pflegealltag.

Herr Kautz (PDL): „Ja, klar. Qualitätsansprüche. Das ist wieder so ein Punkt [...] Also ich versuche schon sehr viel von den Mitarbeitern fernzuhalten. Also, wenn man jetzt mal auf so einem Pflegedienstleitertreffen alles mitnimmt, was man normal wieder ändern müsste von Anpassung des Expertenstandards und, und, und. Dann versuche ich für meine Einrichtung wirklich nur das Nötigste rauszuholen. Auch wenn ich genau weiß, das wird über lang oder kurz Ärger geben. Aber ich kann den Mitarbeitern nicht immer noch mehr irgendwas dahinwerfen und sagen: ‚hier, das müsst Ihr machen, das müsst Ihr machen‘, wenn es einfach nicht möglich ist. Wenn ich von vornherein weiß, es ist nicht möglich. [...] Das halten die Mitarbeiter /, so was haben die nicht verdient, und das müssen sie sich auch nicht rechtfertigen [...].“ (Z. 296-319)

Der Interviewte schildert, dass er sehr viele Aufgaben versucht von den Pflegenden fernzuhalten. Hierin dokumentiert sich eine Haltung des Interviewten, die durch Widerstand gegen die aktuellen Ökonomisierungsentwicklungen geprägt ist, den er durch eine Art des „Alleingangs“ versucht zu steuern. Er nimmt als verantwortliche Pflegedienstleitung den Mitarbeitern in der Pflege Arbeiten ab, da diese zu viel zu tun haben und er den Mitarbeitern nicht noch mehr Arbeit „aufbür-

den“ möchte. Notwendige Anpassungsprozesse werden von ihm nicht eingeleitet, da er den Pflegenden nicht abverlangen möchte, noch mehr arbeiten zu müssen. Hierbei nimmt er offensichtlich „billigend“ in Kauf, dass dieses Verhalten für ihn negative Konsequenzen haben könnte. Durch dieses Verhalten agiert Herr Kautz (PDL) an den eigentlichen Bestimmungen vorbei, in der Absicht, die Mitarbeiter in Schutz zu nehmen, da er glaubt, den Mitarbeitern nicht die tatsächlichen Anforderungen zumuten zu können bzw. sie möglicherweise vor weiteren Konfrontationen in Schutz zu nehmen. Auch in dem nachfolgenden Interviewabschnitt verdeutlicht sich die Handlungsstrategie von Herrn Kautz (PDL):

Herr Kautz (PDL): „[...] Und da fehlt halt was, das zu unterstützen, wenn man halt genau weiß, da sind Mitarbeiter selbstständig hingegangen und haben ihren ganzen Alltag organisiert und kompensiert, sodass man sagen kann, das wäre schön, um Euch zu belohnen. Da hat man nichts, wirtschaftlich ist es schwierig. Also, wenn man sagt mit Geldzuwendungen oder so. Ok. ich habe in der Einrichtung, dadurch, dass es anonym ist, kann ich Einiges sagen. Ich habe halt ein paar Möglichkeiten anhand meines Dienstplanes halt, Stunden aufzuschreiben, ob sie wirklich stattgefunden haben, weiß ich auch nicht, es gibt halt Sonntagszuschläge, das ist alles, was ich halt an Möglichkeiten habe. Das ist ein Witz. Es ist ja einfach nur mal so. Und, ja, das ist halt wirklich schade, dass man da nicht wirklich etwas hat, um dem Mitarbeiter zu zeigen, hier, was Ihr hier täglich leistet [...]“ (Z. 524-535).

Deutlich wird, dass Herr Kautz (PDL) gerne den Pflegenden als Ausdruck der Anerkennung für ihre Leistungen mit einem besonderen Dank entgegenkommen möchte, indem er bereit ist, Dienstplaneintragungen zu manipulieren, sodass Mitarbeiter durch Zuschläge in besonderer Weise „belohnt“ werden und Anerkennung erfahren. Er tut dies, ohne sich davon zu überzeugen, ob diese Arbeitsstunden tatsächlich angefallen sind. Auch in dieser Handlungsabsicht dokumentiert sich der Orientierungsrahmen des Interviewten, der seine Anerkennung für die Leistungen der Pflegenden im „Alleingang“, unabhängig von den offiziellen Vertragsbedingungen, in der Praxis umsetzt. Indem er äußert, „das ist ein Witz“, wird eine Art „Spott“, „Hohn“ spürbar, indem er bemängelt, dass es keine Möglichkeiten gibt, sich als Vorgesetzter in einer besonderen Weise gegenüber dem Einsatz der Pflegenden erkenntlich zu zeigen. Auch in den Handlungsorientierungen von Herrn Kautz (PDL) zeichnet sich in homologer Weise eine Form der „Ohnmacht“ und „Hilflosigkeit“ gegenüber den Rahmenbedingungen der Ökonomisierung ab, die er bis zu einem gewissen Maße nachvollziehen kann, aber deren Umsetzungspraxis er letztlich ablehnt. Er kompensiert die wachsenden Anforderungen, die an die Pflegenden gestellt werden, indem er sie entlastet und durch eine besondere Berücksichtigung von zusätzlich vergüteten Arbeitsstunden in der Dienstplanabrechnung bevorteilt.

Auch aus dem Interview mit der stellvertretenden Pflegedienstleiterin Frau Käfer (SPDL) lässt sich ihre Handlungsstrategie in der täglichen Praxis rekonstruieren. Dies soll an den nachfolgenden Interviewauszügen konkretisiert werden:

Frau Käfer (SPDL). „*Mal so mal so. Also, wenn ich gerade selbst wenig Kraft habe, dann fügt man sich eher, und wenn man aber gerade die Kraft zur Verfügung hat, dann ist es natürlich so, dass man dann auch kämpft, dass man sagt, so geht es jetzt einfach nicht mehr. Ich persönlich bin eigentlich jemand, der gerne versucht, alles selber zu machen, also ich versuche immer selber zu regeln und zu machen. Es gibt aber auch Situationen, da sage ich eben, jetzt geht es halt nicht mehr. Und dann müssen die Leitungskräfte, also die Heimleitung und die Pflegedienstleitung ran, wo ich eben sage, okay, jetzt geht es nicht mehr. Jetzt schaut Ihr doch bitte einmal, was wir da machen können. Ich habe allerdings das Glück, dass ich ein gutes Team habe. Und das erleichtert dann auch viele Sachen, weil die dann oft auch sagen: ‚Komm, wir schauen mal, vielleicht können wir mal so machen oder so machen.‘ Die also auch selber Ideen mit rein bringen und die mich dann auch wieder stärken. Wo ich merke, okay, du stehst eben auch nicht alleine da. Ja, [...]*“ (Z. 205-217).

Frau Käfer (SPDL) beginnt zu erzählen, dass sie unterschiedlich mit den Alltagssituationen umgeht. „*Mal so, mal so.*“ Sie beschreibt, dass, wenn sie sich persönlich nicht kraftvoll und stark fühle, dass sie in solchen Momenten bereit sei, sich in die Situation und in die Gegebenheiten zu fügen. In Momenten, in denen sie sich wohl und kräftig fühlt, so die Interviewte, dann sei es so, dass sie auch kämpft, indem sie von dem Impuls angetrieben ist, dass die Situation unter diesen Umständen nicht mehr zu handhaben ist. Die Interviewte beschreibt somit ihre Handlungsmöglichkeiten, die ihr in den Konfliktsituationen des Alltages zur Verfügung stehen. Einmal indem sie sich in die Gegebenheiten und Umstände fügt und im anderen Falle, indem sie sich gegen die Umstände versucht „zur Wehr“ zu setzen und zur Verbesserung der Bedingungen bereit ist zu kämpfen. Der Impuls zur jeweiligen Handlungsentscheidung liegt offensichtlich in ihrer eigenen, jeweiligen psychischen Verfassung begründet, die sie mit dem Begriff „*Kraft*“ in Verbindung bringt. In der Beschreibung ihres Handlungsspektrums kommt zum Ausdruck, dass die Interviewte, wenn auch nicht stets bewusst, die Alltagssituation und Anforderungen in einer selbstkritischen Weise reflektiert, die sie schließlich dazu befähigt, sich aktiv mit ihren Handlungsstrategien auseinanderzusetzen. In den Schilderungen von Frau Käfer (SPDL) wird offenbar, dass sie prinzipiell in ihrer Handlungsorientierung danach bestrebt ist, die Dinge selbst aktiv in die Hand zu nehmen und zu steuern. Dennoch, so die Interviewte, gibt es Situationen, in denen sie an ihre Grenzen kommt. In diesen Situationen wendet sie sich an ihre Leitungskräfte und bittet diese um Rat und Hilfe.

Frau Käfer (SPDL): „*[...] wo ich eben sage, o.K., jetzt geht es nicht mehr.*“

Hier zeigt sich insgesamt eine Handlungsorientierung, in der Frau Käfer (SPDL) in ihrer Funktion als stellvertretende Pflegedienstleitung grundsätzlich bereit ist, ihre Aufgaben bis an die Grenzen ihrer Belastbarkeit wahrzunehmen. Sie schätzt den Umstand, dass sie sich in einem guten Leitungsteam bewegen darf, indem sie auf den Austausch und die ergänzenden Hilfestellungen ihrer leitenden Kollegen immer auch dann im Vertrauen zurückgreifen kann, wenn sie selbst das Gefühl hat, dass sie in einer Situation ratlos ist. Sie erfährt durch diesen Austausch nicht nur inhaltliche Unterstützung, sondern auch eine Stärkung durch das Gefühl der Gemeinsamkeit, der Verbundenheit mit den Kollegen, die ihr das Gefühl vermitteln, nicht alleine zu sein. Dieses Grundgefühl bedeutet Frau Käfer (SPDL) offensichtlich sehr viel. Auch in den Schilderungen von Herrn Fuchs werden Handlungsstrategien nachvollziehbar, die vor dem Hintergrund einer immer stärker werdenden Rationalisierung zur Bewältigung der aktuellen Versorgungspraxis dienen:

Herr Fuchs (PD): „Das Zweite wäre nochmals im Bereich der Kurzzeitpflege. Dieser häufige Wandel und das Dazugehörige, die medizinische Nachsorge. D. h., wir machen sehr viele Dinge im Bereich der medizinischen Nachsorge. Egal, ob das jetzt wieder eine Bewohnerin ist mit einer Sondenversorgung, teilweise Infusionstherapie. Die Krankengymnastik, die im Endeffekt über die Therapeuten viel zu kurz kommt, wer macht die Gangschule? Wir machen es natürlich im Rahmen / dann unsere Aktivitäten. Das ist für die Mitarbeiter, ich denke schon so ein Part, wo man merkt, es wird zeitlich ein bisschen eng. Da muss man aufpassen, dass das nicht aus dem Ruder läuft. Insofern ist es bei der Belegungsstrategie auch immer wichtig zu wissen, was kann ich denn jetzt überhaupt auch den Mitarbeitern noch zumuten? Also es geht bei mir nicht um die Prämisse zu sagen, ich habe x Plätze und die müssen immer voll sein, sondern, dass muss auch leistbar sein. Das ist ganz entscheidend. Weil es nutzt niemandem, wenn man sagt, wir haben immer eine fast 100%ige Belegung und die Mitarbeiter leiden darunter in Form – auch natürlich von Arbeitsunfähigkeit, das sich dann zeigen würde. Und, da gehe ich dann lieber einen anderen Weg“ (Z. 70-85).

In dem Zuwachs der behandlungspflegerischen Versorgungsleistungen und den unmittelbaren Zuwendungen der Pflegenden im direkten Anschluss an die Krankenhausbetreuung (Gangschule, Gehübungen) leisten die Pflegenden im Gegensatz zu früher zusätzliche Leistungen, welche sie zeitlich sehr stark in Anspruch nehmen. Dieses mehr an Leitungen, so der Interviewte, führt durchaus dazu, dass „es zeitlich ein bisschen eng“ wird. Mit dem Begriff der „Enge“ beschreibt Herr Fuchs (PD) den „Druck“, der von all diesen zusätzlichen Leistungen ausgeht und von dem er sagt, dass er an dieser Stelle aufpassen müsse, „dass das nicht aus dem Ruder läuft“. Indem der Interviewte das hier verwandte Bild nutzt, dokumentiert sich seine Handlungsorientierung, indem er sich durchaus bewusst ist, dass sich dieser gewachsene Anspruch an die Versorgungsleistungen im Rahmen der Behandlungspflege, die er in Zusammenhang bringt mit dem Begriff der „Kran-

kenhausnachsorge“, eine enorme Flexibilität der Akteure in ihren Arbeitsplanungen notwendig macht. Aus seinen weiteren Schilderungen geht hervor, dass er daher bei der Heimaufnahme auch ganz besonders darauf achtet, was er den Pflegenden an Arbeitsaufwand „noch zumuten“ kann. Indem er betont, dass es ihm nicht vordergründig darum geht, alle Pflegebetten zu 100 % zu belegen, dokumentiert sich seine Handlungsstrategie, in der zum Ausdruck kommt, dass es ihm sehr wichtig ist, abzuwägen, ob die Pflegenden die Anforderungen an die Versorgung eines neu aufgenommenen Bewohners auch noch leisten können. Er beschreibt seine strategischen Entscheidungen mit einem Bild, mit dem er zum Ausdruck bringen möchte, dass er „einen anderen Weg“ geht, anders als die meisten anderen, indem er in seiner Führungsverantwortung auch ganz bewusst die Umstände der Mitarbeiter im Blick behält, die unter einer zu hohen Arbeitsbelastung „leiden“ und dies zu einer „Arbeitsunfähigkeit“ führen könnte. In diesem „anderen Weg“ dokumentiert sich auch eine Abgrenzungspraktik gegenüber dem Mainstream. Es ist ihm wichtig, zu vermitteln, dass er es anders und besser machen möchte als „die Anderen“. In der Handlungsorientierung des Interviewten dokumentiert sich insgesamt eine Handlungsmotivation und Handlungsabsicht, die durch eine aktive, gestaltende Haltung getragen ist. In den Schilderungen des Interviewten stellt sich heraus, dass er die veränderten Rahmenbedingungen, so wie sie an ihn und die Einrichtung herangetragen werden, aktiv aufnimmt und gestaltet. Dies, da er sich durchaus bewusst ist, dass die Pflegenden einem hohen Arbeitspensum ausgesetzt sind. Er geht dabei mit Rücksicht auf die Belastungsgrenzen der Pflegenden eigenverantwortlich das Risiko ein, dass die Einrichtung nicht kontinuierlich voll belegt ist und nimmt die damit verbundenen Konsequenzen in Kauf.

Auch in der Bewältigung der aktuellen Versorgungspraxis zeigen sich sowohl gemeinsame als auch unterschiedliche Handlungsorientierungen und -strategien der Akteure auf allen Verantwortungsebenen, die dazu dienen, den gewachsenen Herausforderungen im Pflegealltag zu begegnen. So dokumentiert sich auf der Ebene des oberen Managements Frau Lutz (PD) und Herr Fuchs (PD), dass sie aus Rücksichtnahme auf die Belastungsgrenzen der Mitarbeiter sowohl bei der Belegung als auch bei der Dienstplangestaltung steuernd einwirken. Hierbei treffen sie Entscheidungen, bei denen die ökonomischen Prinzipien nicht unmittelbar zentral stehen. Die Akteure kalkulieren hiermit verbundene Risiken, wie beispielsweise eine zeitweilige Unterbelegung ein und wägen sie vor den möglichen Folgen durch eine Überlastung des Pflegepersonals ab. Sie sind bereit, diese Handlungspraxis auch persönlich zu verantworten. Eine ganz andere Form der Handlungsorientierung zur Bewältigung der Arbeitssituation zeigt sich in einer Stärkung des Gemeinschaftsgefühls, der Kollegialität und des Teamgeistes. Hierin sehen die Akteure eine Entlas-

tung, um den gewachsenen Anforderungen vor allem aber dem erhöhten Arbeitsdruck zu begegnen. Insgesamt dokumentiert sich in den Interviews eine große Sensibilität der Akteure für die Begleitung der Pflegenden in ihrer Versorgungspraxis, wenngleich auch unterschiedliche habituelle Haltungen und Orientierungen aus den Interviews hervorgehen, die sich als Kontrast einmal in einer aktiven Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit den Anforderungen bis hin zu einer eher passiven, resignierten Orientierung zeigen.

Zusammenfassende Darstellung

In dem vorliegenden Kapitel zur Gestaltungspraxis pflegerischer Versorgung im Wandel der Ökonomisierung wurden die unterschiedlichen Konsequenzen analysiert, die für die Akteure in der Gestaltung der pflegerischen Handlungspraxis von Bedeutung sind. In der Auseinandersetzung mit der Rekonstruktion der Interviews ist gezeigt worden, dass die bereits im theoretischen Rahmen der Arbeit umfassend dargestellten Phänomene in Verbindung mit der Entwicklung der Ökonomisierung und der strukturellen Rahmenbedingungen die Handlungspraxis der Akteure maßgeblich beeinflussen.

So wurde in der Subkategorie (1) *Zeitdruck und Arbeitsverdichtung* durch die vorliegenden Ergebnisse bestätigt, dass die fortlaufende Optimierung der Arbeitsprozesse und eine damit verbundene Zunahme der Arbeitsverdichtung von den Akteuren als Belastung wahrgenommen wird. Sowohl Frau Sauer (PDL) als auch Frau Radec (SPDL) sowie Frau Käfer (SPDL) bedauern, dass die Gestaltung der pflegerischen Versorgung sich unter einem angestiegenen Zeitdruck vollzieht, und dass sie durch die Zunahme der Arbeitsverdichtung daran gehindert sind, „adäquat“ auf die Bedürfnisse der Bewohner eingehen zu können. Dennoch zeigen sich nuanciert Unterschiede in der Wahrnehmung der Akteure, aus denen schließlich unterschiedliche handlungsleitende Orientierungen hervorgehen. Frau Sauer (PDL) bedauert den starken Rückgang in der Beziehungsgestaltung mit den Bewohnern. Sie geht davon aus, dass im Zuge der Entwicklungen keine positive Veränderung in dieser Hinsicht zu erwarten ist. Für sie lässt sich „das Ruder“ im Zuge der Entwicklungen nicht „zurückreißen“. In ähnlicher Weise verbindet Frau Radec (SPDL) mit der zunehmenden Arbeitsverdichtung einen erhöhten Handlungsdruck, der es den Pflegenden – auch wenn sie es wollten – nicht ermöglicht, „optimal“ reagieren zu können. Konstrastierend beklagt Frau Käfer (SPDL) den Zeitdruck, dennoch geht aus ihrer Handlungsorientierung hervor, dass sie gleichzeitig bemüht ist, Handlungsalternativen zu schaffen, mit denen sie nach ihren Möglichkeiten den Zeitdruck kompensieren kann.

Auch in der Subkategorie (2) *Bürokratieaufwand und eingeschränktes Vertrauen in die Handlungskompetenz* bestätigen sich die theoretischen Vorannahmen der Studie in Zusammenhang mit dem Anstieg des Dokumentationsaufwandes durch die Ergebnisse der Rekonstruktion des Feldes. Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass der Bürokratieaufwand von allen Akteuren auf allen Verantwortungsebenen – Frau Lutz (PD), Frau Petz (PDL), Frau Bachmann (SPDL) – als unverhältnismäßig hoch wahrgenommen wird und die Zeit für diesen Aufwand der pflegerischen Versorgung und die Interaktion mit den Bewohnern verlorengeht. Weniger als erwartet zeigt sich indes, dass aus den Interviews nicht unmittelbar hervorgeht, dass die Vertrauensebene zwischen den Pflegenden und den Bewohnern durch die Bürokratisierung der Arbeitsprozesse schwindet und mit einer „Entpersönlichung“ (vgl. Friesacher, H. 2008) einhergeht. Aus den Befunden geht vielmehr hervor, dass die Akteure mit dem hohen Dokumentationsaufwand vor allem die Relevanz der Bedeutung des Vertrauens- und des Kompetenzverlustes durch die Prüfinstanzen (MDK) in Verbindung bringen. Darüber hinaus zeigt sich auch ein Vertrauens- und Kompetenzverlust auf der Ebene der unmittelbaren Umsetzung der Pflegeprozessgestaltung wie beispielsweise im Falle Frau Bachmann (SPDL), indem sich ein zeitlich umfassender Aufwand für die Kontrollarbeit von Dokumentationsarbeiten der Pflegenden verzeichnen lässt. Schließlich zeigt sich in allen Interviews eine „relativierende“ Haltung gegenüber dem Dokumentationsaufwand, den die Akteure als „überzeichnet“ und „übersteigert“ wahrnehmen und dass die Interviewten in den hier gewählten Interviewsequenzen auf die pflegefachliche Relevanz der Pflegedokumentation nicht näher eingehen.

In der näheren Analyse der Subkategorie (3) *Qualität der pflegerischen Versorgung* ging es darum, die Qualität der pflegerischen Versorgung unter den veränderten Rahmenbedingungen der Ökonomisierung zu betrachten und die damit verbundenen handlungsleitenden Orientierungen zu rekonstruieren. In den Interviews der Akteure Frau Petz (PDL) und Frau Radec (SPDL) zeigt sich, dass sich unter den zunehmenden betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen die Pflegequalität für die Bewohner positiv entwickelt hat. Im Vordergrund dieser Bewertung stehen in beiden Fällen der Respekt vor den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner und deren Selbstbestimmung, die sie als Qualitätsmerkmal hervorheben. Darüber hinaus wurden einzelne Aspekte der Akteure identifiziert, die in unterschiedlicher Weise für die Handlungspraxis der pflegerischen Versorgung relevant sind. Frau Petz (PDL) sieht in den standardisierten Vorgaben zur Umsetzung von Pflegemaßnahmen eine verlässliche Grundlage zur verbindlichen Pflegeprozessgestaltung. Im Falle der Pflegedienstleiterin Frau Radec (SPDL) zeigt sich, dass durch die zunehmende Arbeitsteilung die Gestaltung des zwischenmenschlichen Kon-

taktes zu ihrem Bedauern zu wenig berücksichtigt wird. Ganz anders stellt sich das Interview mit Frau Lutz (PD) dar, aus dem hervorgeht, dass sie in der Fehlbedarfsplanung der Versorgungspraxis einen Qualitätsverlust erfährt, den sie bedauert, indem die tatsächliche Angebotsform der Betreuung nicht den tatsächlichen Pflegeansprüchen der chronisch und langzeiterkrankten Menschen gerecht werden. Hier dokumentiert sich in homologer Weise der Stellenwert, den die interviewte dem „*Handlungsspielraum*“ der Pflegenden im Bereich der behandlungspflegerischen Versorgung einräumt. Aus der Sicht der Interviewten kommt dieser nicht ausreichend zur Geltung, da sie die Pflegenden durch die gesetzgebenden Regulierungen in einem „zu engen Korsett“ eingebunden sieht.

In der Frage nach der (4) *Bewältigung der aktuellen Versorgungspraxis* zeigt sich, dass vor allem die Leitungskräfte auf der oberen Führungsebene Handlungsstrategien wählen, die nicht ausnahmslos ökonomische Motive verfolgen, sondern die vielmehr dazu dienen, die Anforderungen der Mitarbeiter in den Blick zu nehmen und mögliche Konsequenzen aus einer Überlastung zu verhindern: Frau Lutz (PD), Herr Fuchs (PDL), Herr Kautz (PDL). Die Akteure nehmen damit verbundene Risiken eigenverantwortlich in Kauf. Auch der Blick der Akteure auf eine gute Zusammenarbeit auf der Teamebene und auf ein gutes Klima im Falle Frau Lutz (PD), Frau Käfer (SPDL) dient der Unterstützung zur Bewältigung des Versorgungsalltages. Insgesamt offenbart sich ein einfühlsamer und wohlwollender Umgang der Führungskräfte mit den Pflegenden, der bestrebt ist, sie dahingehend zu unterstützen, dass die Arbeit auch unter den engen zeitlichen und personellen Bedingungen geleistet werden kann. Dennoch dokumentiert sich eine unterschiedliche Wahrnehmung der Akteure über die Umstände, die in eine Typologisierung mündet. Diese reicht von einer wahrgenommenen schicksalhaften Gesamtsituation in der Darstellung der Umstände, Frau Lutz (PD), über das sporadische Aufgreifen einer aktiven Form des Widerstandes gegen die Umstände, Frau Käfer (SPDL), bis hin zu einer eigenmächtigen Handlungsstrategie, mit der normative Verfahren in eigener Regie verändert und umgelenkt werden, Herr Kautz (PDL).

5.3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Wahrnehmung der Folgen der Ökonomisierung, eine erste Bilanz

In dem Kapitel zur Rekonstruktion des Ökonomischen in der Versorgungspraxis der vollstationären Langzeitpflege sollen erste Ergebnisse der Untersuchung zusammengefasst und eine erste sinngenetische Typenbildung abgeleitet werden. Die untersuchten Fälle dokumentieren vor dem Hintergrund des Stufenmodells der Ökonomisierung nach Schimank/Volkman (2008),

dass alle Akteure der Einrichtungen ihr Handeln durch die formulierten Zielvorgaben und die verantwortliche Einhaltung der Budgets zu einer Verlustvermeidung angehalten sind, die sich in einer „Muss-Erwartung“ manifestiert. Diese Stufe entspricht der Stufe drei der insgesamt fünf Ökonomisierungsgrade nach Schimank/Volkman (2008). Hierin zeigt sich, dass im Sinne Bourdieus die Autonomie der Akteure im Feld der Langzeitpflege in Teilen beschnitten wird, sodass von einer Schwächung der Feldautonomie in den Einrichtungen ausgegangen werden kann. Diese spiegelt sich besonders in der Rationierung von Sach- und Personaldienstleistungen wider, die über alle Hierarchieebenen hinweg durch eine definierte Zuteilung der Ressourcen bestimmt ist. Vor dem Hintergrund einer ökonomischen Zweckrationalität führt diese Maßnahme dazu, dass die angebotenen Pflegeleistungen im Sinne des ökonomischen Prinzips und den damit verbundenen Effizienzkriterien die Vermeidung eines „unnötigen“ Ressourceneinsatzes – vor allem im Personalbereich – gewährleisten. Dennoch werden die ökonomischen Anforderungen und deren Folgen von den befragten Akteuren äußerst different wahrgenommen. Hier zeigt sich vor allem, dass mit zunehmender Nähe der Akteure zur pflegerischen Versorgungspraxis die Konsequenzen der engen zeitlichen Ressourcen und einer engen Personalsituation an Bedeutung gewinnen und als Handlungsdruck in der Pflegepraxis erfahren werden. Insgesamt dokumentiert sich in den Interviews, dass die Führungskräfte auf allen Verantwortungsebenen einen offenen und transparenten Umgang mit den ökonomischen Zielvorgaben pflegen, sodass sie ihre Handlungspraxis einer betriebswirtschaftlichen Gesamtlogik zuordnen können. Aus den Ergebnissen der Analyse wurde deutlich, dass die Akteure zur Sicherstellung der ökonomischen Vorgaben Kennzahlen und Instrumente aufweisen, die ihnen in ihrer Handhabung als Unterstützung der ökonomischen Steuerung dienen. Diese spielen vor allem bei der Steuerung der Personaleinsatzplanung sowie bei der Belegungssteuerung eine Rolle.

Die untersuchten Fälle zeigen jedoch auch Grenzen der Rationalisierung, so wie sie durch die Akteure im Feld erfahren werden. Diese Grenzerfahrungen der Akteure sind sehr umfassend. Sie reichen von einer kritischen Auseinandersetzung mit den Folgen der technologischen Entwicklung über eine generelle Überforderung der Akteure in der Praxis der pflegerischen Versorgung bis hin zu Versorgungsbrüchen in der unmittelbaren pflegerischen Versorgungspraxis. Es ist allen Akteuren gemeinsam, dass die Auseinandersetzung mit den wirtschaftlichen Vorgaben und die Konsequenzen der Rationalisierungsmaßnahmen für sie in ihrer Arbeit von Bedeutung sind und ihre tägliche Handlungspraxis deutlich mitbestimmen. Auch wenn sich vor dem Hintergrund der ökonomischen Rationalisierung in mehrerer Hinsicht Gemeinsamkeiten in der Wahrnehmung und Handlungsorientierung der Akteure abbilden, so zeigen die Ergebnisse der Unter-

suchung auf der handlungspraktischen Ebene im Umgang mit den Effekten der Ökonomisierung große Unterschiede. So konnten bei den Interviewten der unterschiedlichen Verantwortungsebenen (PD, PDL, SPDL) unterschiedliche Handlungsstrategien im Umgang mit den ökonomischen Anforderungen rekonstruiert werden. Diese weisen in ihrer Vielschichtigkeit und Widersprüchlichkeit auf eine Mehrdimensionalität in der Auseinandersetzung der Akteure mit den wirtschaftlichen Anforderungen hin. Aus den Interviews lassen sich demnach aus der Fragestellung der Studie zwei kontrastierende Grundtypiken rekonstruieren, die sich durch bestimmte Merkmale deutlich voneinander unterscheiden, und die sich in der Folge in unterschiedlicher Weise auf die angebotene pflegerische Versorgungspraxis auswirken. In einer ersten Auswertung der handlungsleitenden Orientierungen innerhalb der pflegerischen Versorgungspraxis soll zunächst eine erste Zwischenbilanz der Grundtypologie vorgenommen werden, indem die beiden kontrastierenden Grundtypiken: *Typ I: Anlehnung an die Ökonomisierung*; *Typ II: Ablehnung der Ökonomisierung* anhand der empirischen Befunde in ihren Merkmalen dargestellt werden. Im Folgenden werden diese beiden kontrastierenden Typologien in einer ersten Bilanz vorgestellt.

5.3.1 Entwicklung der Typologie in Anlehnung an die Ökonomisierung

Typ I: Anlehnung an die Ökonomisierung

Es zeigt sich, dass die Gruppe des ersten Typus (*Typ I*) (PD Fuchs, PDL Petz, PDL Mücke, PDL Sauer, SPDL Bachmann, SPDL Radec, SPDL Käfer) durch das Merkmal einer mehr oder weniger stark ausgeprägten aktiven Unterstützung der ökonomischen Steuerungspraxis gekennzeichnet ist, mit der sie auf die paradigmatischen Veränderungen in der Handlungspraxis der pflegerischen Versorgung eingehen. Dies zeigt sich im Umgang der Akteure mit den betriebswirtschaftlichen, organisatorischen und pflegerischen Herausforderungen, die im Rahmen der strukturellen Veränderungen in der Landschaft der Einrichtungen immer mehr an Bedeutung gewinnen. Vor allem wird deutlich, dass die Akteure durch die Anwendung der Instrumente in diesem Bereich eine schützende Funktion erfahren, die ihnen in der alltäglichen Versorgungspraxis eine Stütze sind und die ihnen einen Halt bieten. Es stellt sich ebenfalls dar, dass alle Pflegeeinrichtungen, die in dieser Typik eingeschlossen sind, sich in einer ausgewogenen betriebswirtschaftlichen Situation befinden.

Deutlich wird, dass die Akteure der oberen Managementebene einen wachsenden Druck erfahren, der durch die Konkurrenz- und Wettbewerbsverhältnisse der Einrichtungen untereinander entsteht und der zu einem Rückgang der Auslastung der untersuchten Einrichtungen führt. Darüber hinaus zeigt sich, dass die Gruppe der Führungskräfte des ersten Typus entsprechend

den ökonomischen Anforderungen auf allen Verantwortungsebenen darum bemüht ist, sich durch Planung und Umsetzung von Maßnahmen dem Sinne nach an den strukturellen Veränderungsprozessen zu beteiligen. Hierdurch unterstützen sie aktiv die Neustrukturierungs- und Anpassungsprozesse der Pflegeeinrichtungen, damit diese sich weiterentwickeln können. Sie tun dies, um die Belegung der Einrichtungen angesichts des zunehmenden Kosten- und Konkurrenzdrucks auch für die Zukunft zu sichern und nehmen dabei die gestiegenen manageriellen, organisatorischen und pflegfachlichen Anforderungen in unterschiedlicher Weise als Herausforderung an. Hierin zeigt sich ihre Bereitschaft, die pflegerische Versorgungspraxis ungeachtet der engen Rahmenbedingungen innovativ mitzugestalten. Darüber hinaus werden die Konkurrenz- und Wettbewerbsverhältnisse von den Akteuren als eine veränderte ökonomische Rahmenbedingung wahrgenommen, die sie in unterschiedlicher Weise als Belastung empfinden, aber dennoch als logische Konsequenz der politischen Entwicklung einordnen. Dies dokumentiert sich vor allem in den Äußerungen der Pflegedienstleiterin Frau Mücke (PDL), die selbstverständlich davon ausgeht, dass diese Herausforderungen nicht zwingend einen Widerspruch zur pflegerischen Leistungserbringung bedeuten. Diese Einschätzung wird auch in den Handlungsorientierungen der Pflegedienstleitungen deutlich, die im Gegensatz zu den stellvertretenden Pflegedienstleitungen davon ausgehen, dass die Zeitkontingente für die pflegerische Versorgung ausreichen. Entgegen dieser Handlungsstrategie sind es vor allem die Akteure der unteren Managementebene, welche die engen Zeitkorridore beklagen, da sie in ihrem Alltag der unmittelbaren Pflegepraxis nahe stehen und aktiv in die Pflegeprozessgestaltung einbezogen sind. Sie realisieren die fortlaufende Optimierung der Arbeitsprozesse und die damit verbundene Zunahme der Arbeitsverdichtung als Belastung und bedauern vor allem den Verlust der Interaktion mit den Pflegebedürftigen. Auch zeigt sich in den Interviews, dass sich trotz der zunehmenden betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen dennoch die Pflegequalität für die Bewohner positiv entwickelt hat. Im Vordergrund dieser Bewertung sehen die Akteure den Respekt vor den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner sowie die Stärkung ihres Selbstbestimmungsrechtes. Allerdings wird deutlich, dass die qualitätssichernden Maßnahmen für die Akteure in unterschiedlicher Weise von Bedeutung sind. Auch hier sind Unterschiede in den verschiedenen Hierarchieebenen zu erkennen. Während die Pflegedienstleitungen in den standardisierten Vorgaben eine verlässliche Grundlage zur verbindlichen Pflegeprozessgestaltung sehen, wird bei den stellvertretenden Pflegedienstleitern Kritik an der zunehmende Arbeitsteilung deutlich, da die Gestaltung der zwischenmenschlichen Kontakte zu kurz kommt. Dennoch dokumentiert sich insgesamt in allen Interviews der Akteure dieser Gruppe (*Typ I*), dass die Folgen der Ökonomisierung in der Versorgungspraxis als eine Entwicklung erfahren wird, die von ihnen als gegeben angenommen bzw.

hingenommen wird. Sie sehen in der Gestaltung des Bedürfnisses nach einer guten Zusammenarbeit und einem guten Klima eine Möglichkeit zur Stärkung, die sie in der Bewältigung des Versorgungsalltages unterstützt.

Das Merkmal der aktiven *Anlehnung an die Ökonomisierung* dokumentiert sich in allen Fällen der ersten Gruppe (*Typ I*). Auch wenn die Akteure – vor allem auf der unteren Managementebene – den gewachsenen Zeitmangel und die engen Personalressourcen bedauern, identifizieren sie sich doch mit großem Engagement und Sensibilität für die Versorgungspraxis der Pflegebedürftigen und nehmen die Veränderungen im Rahmen der Ökonomisierung in unterschiedlicher Weise als Herausforderung an. Lediglich in dem unverhältnismäßigen Dokumentationsaufwand, den alle Akteure gemeinsam beklagen und dem sie teilweise mit einer Haltung widerstrebender Pflichterfüllung nachkommen, dokumentiert sich eine Form des Widerstandes. Sie assoziieren mit dem hohen Dokumentationsaufwand nicht nur einen Verlust an Pflegezeiten, sondern vor allem einen enormen Vertrauens- und Kompetenzverlust durch die Prüfinstanzen. Die rekonstruierten Orientierungsrahmen der Akteure aus der Gruppe I lassen neben der Gemeinsamkeit einer *Anlehnung an die Ökonomisierung (Typ I)* eine weitere Kontrastierung zu, in der zum Ausdruck kommt, welche spezifischen Aspekte in der Art und Weise, wie sie die Bewältigung der Versorgungspraxis gestalten, eine Rolle spielen. Hierbei stehen im Wesentlichen drei Orientierungsrahmen zentral, die dem jeweiligen Habitus der Akteure zugrunde liegen: (*Typus A*) *Professionalität und Eigenverantwortung*, (*Typus B*) *Reflektierte Verantwortungsbereitschaft*, (*Typus C*) *Normativität und Anpassung*. Diese weitere Kontrastierung der Typologien kommt besonders in den Handlungsstrategien der jeweiligen Akteure zum Ausdruck und sollen in den nachfolgenden Unterkapiteln vorgestellt werden.

5.3.1.1 Professionalität und Eigenverantwortung

Im Falle einer Handlungsorientierung des *Typus A* werden die Handlungsstrategien der Akteure in eine Klammer der: *Professionalität und Eigenverantwortung (Typ I, Typus A)* zusammengefasst. Professionalität wird in diesem Zusammenhang im weitesten Sinne mit dem speziellen Können als Ergebnis der beruflichen Sozialisation in einem professionellen Milieu (vgl. Kap. 2.1.3.3) verstanden. In diesem Zusammenhang ist davon auszugehen, dass die Dauer der Tätigkeit als erlerntes Erfahrungswissen durch die Akteure immer weiter entwickelt und verfeinert wird.

So dokumentiert sich in der Bewältigung der aktuellen Versorgungspraxis im Falle des Einrichtungsleiters Herrn Fuchs (PD) (*Typ I, Typus A*) die Fähigkeit, bereitwillig für das eigene Handeln und auch das Unterlassen Verantwortung zu tragen. Dies zeigt sich vor allem in seiner Risikobereitschaft, indem er aktiv zwischen ökonomischen und alltagsbezogenen pflegerelevanten

Aspekten abwägt, indem er aufmerksam die Belastungsgrenzen der Pflegenden beobachtet und versucht, sie vor einer weiteren Belastung durch aktive Maßnahmen in der Belegungssteuerung – zumindest zeitweise – zu schützen. Obwohl aus den Handlungsorientierungen der Akteure auf allen Managementebenen hervorgeht, dass sie irgendwie versuchen den zeitlichen Druck zu kompensieren, treten vor allem in der Handlungsorientierung der stellvertretenden Pflegedienstleiterin Frau Käfer (SPDL) (*Typ I, Typus A*) Aspekte der Professionalität und Eigenverantwortung in ihren Handlungsentscheidungen hervor. Diese werden dort sichtbar, wo sich in ihren Handlungsstrategien ihre Bereitschaft zeigt, durch die Suche nach konkreten Maßnahmen eigenverantwortlich Handlungsalternativen zu schaffen, mit denen sie nach ihren Möglichkeiten den zeitlichen Druck und die Arbeitsverdichtung in der Pflege für sich und die Pflegenden versucht auszugleichen. Auch in den Äußerungen der Pflegedienstleiterin Frau Mücke (PDL), (*Typ I, Typus A*), die selbstverständlich davon ausgeht, dass die Anforderungen nicht zwingend einen Widerspruch zur pflegerischen Leistungserbringung bedeuten, dokumentiert sich, ähnlich wie in den beiden anderen Fällen (SPDL Käfer, PD Fuchs), eine Handlungsorientierung, die durch die Fähigkeit zur Übernahme von Eigenverantwortung gekennzeichnet ist. Sie setzt dem Prozess der Ökonomisierung ihre Professionalität und ihre Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme entgegen, um dennoch die Anforderungen des Alltages in der Versorgungspraxis zu lenken.

5.3.1.2 Reflektierte Verantwortungsbereitschaft

In den Handlungsorientierungen des zweiten Typus in der Gruppe I (*Typ I*) steht die *Reflektierte Verantwortungsbereitschaft* (*Typus B*) im Vordergrund der Akteure. Kennzeichnend für die reflektierte Verantwortungsbereitschaft ist in dem hier angedeuteten Sinn vor allem die Fähigkeit, Wahrgenommenes zu reflektieren, indem die jeweiligen Situationen hinterfragt werden und das, was als gut und richtig empfunden wird, auch in die Tat umzusetzen. Dies setzt eine moralische Urteilsfähigkeit voraus, die verantwortungsvolles Handeln erst ermöglicht. Bezeichnend hierfür ist vor allem die aktive Übernahme von Entscheidungen, auch wenn sich diese in einem Spannungsfeld zwischen ökonomischen und pflegerischen Anforderungen bewegen. So leisten die Akteure Frau Sauer (PDL), Frau Baumann (SPDL) und Frau Radec (SPDL) ihre Arbeit, auch wenn sie sich in ihrer alltäglichen Pflegepraxis mit den Folgen der Verbetriebswirtschaftlichung (Zeitdruck, Arbeitszeitverdichtung, erhöhter Dokumentationsaufwand) konfrontiert sehen. In den Interviews mit den Akteuren zeigt sich in homologer Weise, dass sie in ihrem Vorgehen kompromissbereit sind, wenn es darum geht, die Anforderungen, die in der täglichen Pflegepraxis an sie gestellt werden, zu erfüllen. Sie setzen sich kritisch mit den veränderten Rahmenbedingungen auseinander, indem sie die Veränderungen wahrnehmen und kommentieren. Dennoch wenden sie sich

darüber hinaus in der Gestaltung der Alltagspraxis ihren Aufgaben zu, ohne sie bewusst zu vernachlässigen. Sie versuchen diese Aufgaben nach bestem Wissen und Gewissen zu erfüllen, indem sie durch ihre Kompromissbereitschaft und ihre Sensibilität für den Ausgleich zwischen den beiden Polen der ökonomischen und pflegerischen Anforderungen versuchen, für eine ausgewogene Situation Sorge tragen.

5.3.1.3 Normativität und Anpassung

In der Bewältigung der aktuellen Versorgungspraxis im Falle der Pflegedienstleiterin Frau Petz (PDL) (*Typ I*) äußert sich eine Handlungsorientierung, die deutlich durch den Typus C *Normativität und Anpassung* gekennzeichnet ist. Im Kontext der vorliegenden Studie bedeutet dieser Typus (*Typus C*) vor allem die Orientierung an verbindlichen Vorgaben und Absprachen, die in ihrer Wirkung den Akteuren eine orientierungsgebende Funktion bieten. Darüber hinaus ist durch die Anpassung an veränderte Bedingungen eine Form der Angleichung, Annäherung möglich, die durch Kompromisse versucht, Veränderungen in Einklang miteinander zu bringen. Im Gegensatz zu dem (*Typus B*) *Reflektierte Verantwortungsbereitschaft* steht in den Handlungsstrategien der Pflegedienstleiterin (PDL) vor allem ein aktives, jedoch vor allem an Regeln und Vorgaben geleitetes Handeln im Vordergrund, das durch ein großes Verständnis für die ökonomische Handlungssphäre geprägt ist. Dies offenbart sich insbesondere, wenn Frau Petz (PDL) die ökonomischen Verhältnisse in der Einrichtung als ausreichend ansieht und durch die Vorgaben und Strukturen die Dinge ihrer Einschätzung nach in der Alltagspraxis gut „laufen“.

5.3.2 Entwicklung der Typologie durch Ablehnung der Ökonomisierung

Typ II: Ablehnung der Ökonomisierung

Im Kontrast zum ersten *Typ I*, der durch die Anlehnung an die ökonomischen Leistungsbedingungen charakterisiert ist, konnte aus dem Datenmaterial eine zweite Grundtypik *Typ II: Ablehnung der Ökonomisierung* entwickelt werden, die aus einer weiteren Form der Wahrnehmung der Akteure und ihrer handlungsleitenden Orientierungen rekonstruiert wurde. Auch in diesen Fällen zeigt sich, dass die Akteure mit der Einhaltung der wirtschaftlichen Zielvorgaben in Form von Zielvereinbarungen mit der Budgetplanung vertraut sind und so an den wirtschaftlichen Bedingungen der Steuerungspraxis mitwirken. Dennoch ist die Gruppe des zweiten Typus II Frau Lutz (PD) und Herr Kautz (PDL) durch das Merkmal einer mehr oder weniger starken Ablehnung gegenüber den Entwicklungen der Rationalisierungen der Einrichtungen charakterisiert. Die leitenden Akteure der wesentlich kleineren Gruppe II (*Typ II*) zeigen, ähnlich wie die Akteure der

Gruppe I (*Typ I*), eine große Empfindsamkeit für die pflegerische Versorgungspraxis und einen ebenso empfindsamen Umgang mit den Pflegenden. Im Kontrast zur ersten Fallgruppe (*Typ I*) kristallisiert sich allerdings ein zentraler Kontrapunkt in den Handlungsorientierungen heraus. Im Gegensatz zur ersten Gruppe wird eine deutliche Kritik gegenüber den Entwicklungen und strukturellen Veränderungen sichtbar, die sich in einer Ablehnung und in einem Widerstand gegenüber den durchgesetzten Strategien betriebswirtschaftlicher Handlungspraxis niederschlagen. Obwohl sie die Notwendigkeit zu wirtschaftlichem Handeln nicht grundlegend ablehnen, stellen sie dennoch deutlich infrage, inwiefern die vorherrschenden Handlungsstrategien einer vernünftigen betriebswirtschaftlichen Logik folgen. Es fehlt ihnen nicht die Einsicht der Notwendigkeit zu einer rationalen Orientierung im Umgang mit den Ressourcen, sondern es fehlt ihnen die Identifikation mit der Art und Weise der Umsetzungsstrategien betriebswirtschaftlicher Steuerungsmaßnahmen durch die Trägerebene. Die beiden Einrichtungen unterscheiden sich allerdings hinsichtlich ihrer betriebswirtschaftlichen Situation. Deutlich wird in den Interviews, dass die Einrichtung, in der die Pflegedirektorin Frau Lutz (PD) tätig ist, als betriebswirtschaftlich „ausgewogen“ und die Einrichtung im Falle Kautz (PDL) als betriebswirtschaftlich „kritisch“ eingeordnet werden kann.

Obwohl auch die Akteure der zweiten Gruppe aktiv an der wirtschaftlichen Steuerungspraxis mitwirken, dokumentiert sich als wesentliches Merkmal insgesamt eine mehr oder weniger starke Ablehnung gegenüber den wachsenden betriebswirtschaftlich orientierten Prozessen und Rahmenbedingungen. Dies zeigt sich vor allem in einer offenen und starken Kritik gegenüber den Einflüssen der praktizierten Sparmaßnahmen in den Einrichtungen. Beide Akteure weisen in den Interviews ganz offen auf die negativen Folgen der betriebswirtschaftlichen Rationalisierungsmaßnahmen hin, die auf einen deutlichen Rückgang der pflegerischen Versorgungsqualität und bereits bestehende Versorgungsbrüche aufmerksam machen. Auch innerhalb der Gemeinsamkeit in der Gruppe II (*Typ II*) lassen sich kontrastierend zwei Typiken entfalten, die den Orientierungsrahmen der Akteure charakterisieren und ihren Habitus aufscheinen lassen. Auch hier gelangt zum Ausdruck, in welcher Art und Weise sich die *Ablehnung gegenüber der Ökonomisierung* in der Bewältigung der Versorgungspraxis gestaltet. Hierbei konnten zwei wesentliche Orientierungsrahmen rekonstruiert werden, die den Handlungsorientierungen und den Handlungsstrategien der Akteure zugrunde liegen: (*Typus A*) *Verneinung und Machtlosigkeit*, (*Typus B*) *Widerstand und Ohnmacht*. Auch auf diese Kontrastierung der Typologien in den Handlungen der Akteure soll nachfolgend näher eingegangen werden.

5.3.2.1 Verneinung und Machtlosigkeit

Mit der Negation wird im hier gebrauchten Sinne die Rekonstruktion einer Nichtanerkennung der Ökonomisierung zum Ausdruck gebracht, die begleitet ist von einer Machtlosigkeit, welche die nötigen Einflussmöglichkeiten entbehrt, um den Entwicklungen Bedeutendes entgegenzusetzen. Die Handlungsorientierung kanalisiert sich insgesamt eher in einer passiven durch Perspektivlosigkeit geprägten Haltung. Hier scheint das Bewusstsein einer geeigneten Perspektive zu fehlen.

Diese Handlungsorientierung dokumentiert sich vor allem in den Schilderungen der Pflegedirektorin Frau Lutz (PD), die eine starke Kritik an den betriebswirtschaftlichen Optimierungsprozessen äußert. Ihre Kritik wendet sich an die Rationierung von Sachmitteln und Personalressourcen, die zu großen Einbußen in der Versorgungsqualität führen. Diese Entwicklung führt nicht nur zur Überlastung und Überforderung des Pflegepersonals sondern sie führt langfristig dazu, dass die Pflegenden sich frustriert fühlen und den Berufsausstieg wählen. Eine deutliche Ablehnung der ökonomischen Perspektive dokumentiert sich auch in ihrer kritischen Auseinandersetzung mit den Folgen der technologischen Entwicklung. Ihre Kritik zielt darauf, dass den Pflegenden in ihrer Handlungspraxis Arbeitsbedingungen abverlangt werden, die ein computer-technisches Funktionieren voraussetzen, das die Grenzen der Zumutbarkeit menschlicher Arbeit berührt. Auch geht ein weiteres Merkmal ihrer aktiven Ablehnung gegenüber der betriebswirtschaftlichen Gestaltungs- und Umsetzungspraxis aus der eingeschränkten Handlungsautonomie der Akteure in der Pflegepraxis hervor. Sie sieht in der Eingrenzung der Handlungsautonomie eine Beschneidung der Möglichkeit, durch flexibles und unkonventionelles Handeln schnell und bedarfsgerecht reagieren zu können. Speziell in diesem Punkt zeigt sich ein prinzipielles Verständnis der Akteurin aus dieser Gruppe (*Typ II*) für die Notwendigkeit zu einem vernünftigen und rationalen Handeln, das aber im Kontrast zu den tatsächlich ergriffenen Maßnahmen in der Einrichtung steht. Sie sieht gerade in der Einengung der Handlungsspielräume und der geringen Entscheidungsfreiheit der Akteure wertvolle Ressourcen in der Pflegeprozessessteuerung in der Versorgungspraxis verloren gehen. Auch in der offenen Kritik an einer Fehlbedarfsplanung, in welcher der tatsächliche Bedarf an pflegerischer und medizinischer Betreuung hinter den „reinen“ Betreuungsaspekten zurücktritt, verdeutlicht sich in ähnlicher Weise eine ablehnende Haltung gegenüber den Maßnahmen betriebswirtschaftlicher Umsetzungsstrategien. In dem Interview mit Frau Lutz (PD) (*Typ II, Typus A*) offenbart sich in wiederholter Weise eine Form des passiven „Erleidens“, der „Ohnmacht“, mit dem sie sowohl ihre eigene Situation als auch die Gesamtsituation der Pflegenden beschreibt. In homologer Weise wird ihre Haltung gegenüber

der Entwicklung der Ökonomisierung deutlich, in der eine ablehnende, *verneinende* und durch *Machtlosigkeit* gekennzeichnete Haltung zum Ausdruck kommt. Sie erfährt die Alltagspraxis unter den gegebenen Bedingungen als eine Art Illusion, da unter den gegebenen Umständen eben nicht die verknappten Material- und Personalressourcen adäquat kompensiert werden können. Ferner kritisiert sie, dass im Zuge der Rationalisierung eben nicht alles durchzuplanen und zu standardisieren ist. Einzig in der Unterstützung von Maßnahmen, die zu einer guten Teamentwicklung beitragen, erkennt sie Einflussmöglichkeiten, um den wachsenden Tendenzen der immer knapper werdenden Mittel etwas entgegenhalten zu können.

5.3.2.2 Widerstand und Ohnmacht

Widerstand gegen die Ökonomisierung regt sich auch im Falle von Herrn Kautz (PDL), der mit den Entwicklungen einen deutlichen Widerspruch zu seinen Vorstellungen von Pflege und seinem Pflegeideal erfährt, das von einer Art Ohnmacht und dem Gefühl der Hilflosigkeit begleitet ist. Dies führt dazu, dass normative Vorgaben auf eigene Faust von ihm durchbrochen werden, auch wenn dies persönliche Konsequenzen, ggfs. Sanktionen, nach sich zieht. Im Unterscheid zu Frau Lutz (PD) kontrastiert sich im Falle des Pflegedienstleiters Herr Kautz (PDL), (*Typ II, Typus B*), dass er sich in einer Art des Widerstandes gegen das Primat wachsender ökonomischer Rahmenbedingungen wehrt, indem er eigene Handlungsstrategien entwickelt, die ihn selbst in prekäre Situationen bringen können. Hierin dokumentieren sich *Widerstand und Ohnmacht*, da er offensichtlich versucht die Situation in einer Art des „Alleingangs“ zu steuern, ohne den offenen Weg einer aktiven Einflussnahme in Erwägung zu ziehen. Insgesamt zeichnet sich trotz des Widerstandes gegenüber den Entwicklungen vorrangig eine ratlose, hilflose Passivität in der handlungsleitenden Orientierung ab. Möglicherweise liegt hier das Gefühl vor, der Situation emotional hilflos ausgeliefert zu sein, sodass eine Unfähigkeit entsteht, reflektiert, offen und transparent zu handeln (vgl. Kap. 5.3.2).

Mit der Rekonstruktion der jeweiligen Handlungsorientierungen im Rahmen der Ökonomisierung in der vollstationären Langzeitpflege wurde eine Grundtypologie entwickelt, welche die handlungsleitenden Orientierungen der Akteure in der Versorgungspraxis der Langzeitpflege rahmen. Die Grundtypiken lassen sich in eine *anlehnende Haltung (Typ I)* und eine *ablehnende Haltung (Typ II)* gegenüber den fortschreitenden Prozessen der Ökonomisierung zusammenfassen. Darüber hinaus wurden weitere Kontraste, welche die jeweiligen Handlungsstrategien der Akteure prägen, extrahiert, die trotz der Gemeinsamkeiten auch Unterschiede der jeweiligen Orientierungsrahmen aufzeigen. Diese Unterschiede, die aus dem Habitus der jeweiligen Akteure hervor-

gegangen sind, wurden als Typiken der jeweiligen Grundtypen (*Typ I, Typ II*) rekonstruiert und lassen sich in der nachfolgenden Typologie: (*Typ I, Typus: A, B, C*) und (*Typ II, Typus: A, B*) differenziert zusammenfassen. Hierbei stehen die Orientierungsrahmen der ersten Grundtypik in der Gruppe I (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung: Professionalität und Eigenverantwortung* (*Typ I, Typus: A*), *Reflektierte Verantwortungsbereitschaft* (*Typ I, Typus: B*) und *Normativität und Anpassung* (*Typ I, Typus: C*) an zentraler Stelle. In der zweiten Gruppe der Grundtypologie Gruppe II (*Typ II*) wurden *Verneinung und Machtlosigkeit* (*Typ II, Typus A*) und *Widerstand und Ohnmacht* (*Typ II, Typus B*) als Orientierungsrahmen der Akteure rekonstruiert.

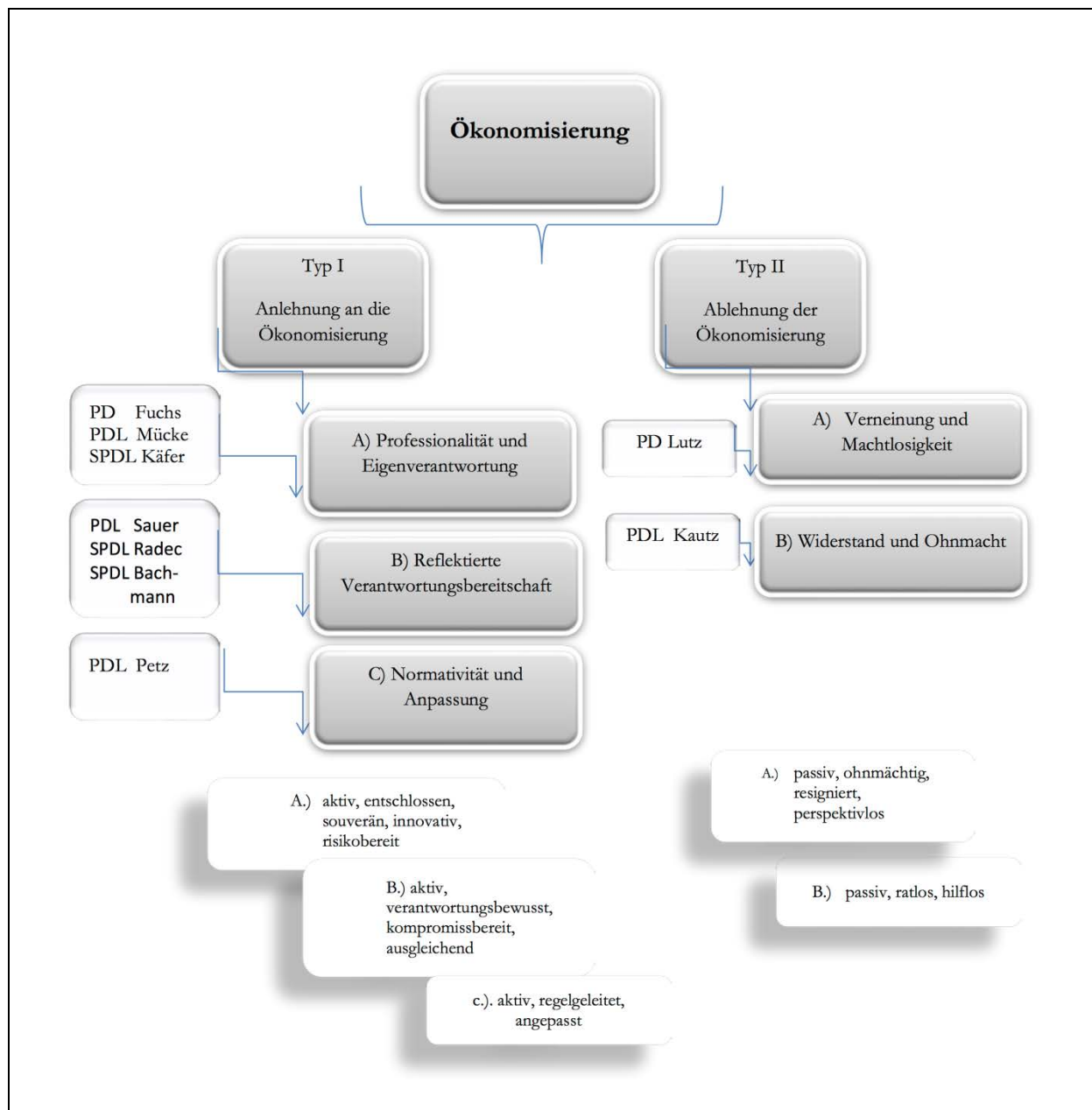


Abbildung 4: Entwicklung der sinngenetischen Typenbildung: ökonomische Perspektive

Quelle: eigene Darstellung

5.4 Ökonomisch bedingte Veränderungen und wertorientierte Perspektive der Akteure in der Versorgungspraxis

Im ersten Teil der Rekonstruktion wurden Grundtypiken der handlungsleitenden Orientierungen der Akteure entwickelt. Diese fassen die Orientierungsrahmen der Akteure in den untersuchten Fällen zu den ökonomisch bedingten Veränderungen in der Versorgungspraxis als Klammern ein. Die Grundtypiken wurden abschließend zu einer sinngenetischen Typenbildung für die „*Ökonomische Perspektive*“ der Handlungspraxis der Akteure in (Typ I) *Anlehnung an die Ökonomisierung* und (Typ II) *Ablehnung der Ökonomisierung* zusammengefasst (vgl. Abb. 5). In dem nun folgenden Kapitel soll auf eine weitere Dimension eingegangen werden, die sich auf die ökonomisch bedingten Veränderungen bezieht und dabei die wertorientierte Perspektive der Akteure in der Versorgungspraxis fokussiert. Der Zugang zu der Wertsphäre der Akteure ist dort möglich, wo die impliziten, tiefer liegenden Werthaltungen, die in die Handlungspraxis der Verantwortlichen eingelassen sind, rekonstruiert werden. Dies ermöglicht, die Hintergründe der Werthaltungen der Akteure in ihrer Soziogenese zu identifizieren und mögliche Einflussfaktoren auf die Werthaltungen durch die Ökonomisierung zu rekonstruieren. Das Ziel dieser Rekonstruktion besteht darin, in einer abschließenden Auseinandersetzung der Studie Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Werthaltungen und die Orientierungsmuster der Akteure abschätzen zu können (vgl. Kap. 3). In dieser Absicht werden in den nachfolgenden Kapiteln die Relevanzstrukturen der Akteure aufgegriffen, die den Einfluss der Ökonomisierung auf das berufliche Selbstverständnis (vgl. Kap. 5.4.1) sowie auf das Ethos (vgl. Kap. 5.4.2) und die Wertsphäre der Akteure (vgl. Kap. 5.4.3) verdeutlichen.

5.4.1 Die Rolle der Pflegenden im Spiegel der Ökonomisierung

Die Frage, inwiefern die zunehmende Bedeutung der ökonomischen Handlungslogik in den Einrichtungen der Langzeitpflege auf die Rolle der Pflegenden und die berufsethischen Implikationen der Akteure Einfluss nimmt, soll in den nachfolgenden Unterkapiteln näher beleuchtet werden. Ausgehend von den theoretischen Grundannahmen zu den Einflüssen der Ökonomisierung auf das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden sollen die nachfolgenden Subkategorien: (1) *Berufsverständnis im Wandel zwischen beruflicher Auf- und Abwertung*, (2) *Berufsverständnis im Wandel zwischen Tradition und Generation* den Stand dieser Fragestellung in den untersuchten Einrichtungen aufzeigen. In einer abschließenden Darstellung werden die Kontraste der (3) *Gemeinsamkeiten und Unterschiede als zusammenfassende Darstellung* in der Frage aggregiert, um die rekonstru-

ierten Orientierungsrahmen der Akteure in ihrer homologen Folge der bereits entwickelten sinn-genetischen Typologie (vgl. Kap. 5.3.1) zuzuordnen.

5.4.1.1 Berufsverständnis im Wandel zwischen beruflicher Auf- und Abwertung

In der aktuellen pflegewissenschaftlichen Diskussion um das Berufsverständnis der Pflege ist eine „breite Aufwertung der Pflege“ Gegenstand der Debatte, wenn es darum geht, die Frage nach der grundlegenden Reform der Pflegeausbildung zu beurteilen.⁶⁶ Auch aus den Vorannahmen der vorliegenden Studie geht eine Tendenz der beruflichen Aufwertung hervor, die vor allem mit den betriebswirtschaftlichen Strukturierungsprozessen in der pflegerischen Versorgung in Verbindung stehen. Friesacher (2008) beschreibt diesen Prozess mit dem Begriff der beruflichen „Emanzipation“, der durch die Einführung betriebswirtschaftlicher Prozesssteuerungen in den Einrichtungen der Pflege einhergeht und der Berufsgruppe dadurch zu einer Aufwertung ihrer Tätigkeit verhilft (vgl. Kap. 2.3.3). In Zusammenhang mit der Fragestellung nach möglichen positiven Veränderungen, die in Verbindung mit den Effizienz- und Effektivitätsbestrebungen in den Einrichtungen stehen, wird in den nachfolgenden Interviewsequenzen ein deutlicher Kontrast in der Wahrnehmung der Akteure in Bezug auf das Berufsverständnis erkennbar. Es zeigt sich, dass durch den Einfluss betriebswirtschaftlicher Maßnahmen und die damit verbundenen strukturellen Veränderungen in der Versorgungspraxis der Pflegeberuf sowohl eine berufliche Aufwertung als auch eine berufliche Abwertung durch die Akteure erfährt. Zu dieser Darstellung sollen die nachfolgenden Interviewsequenzen herangezogen werden, aus denen die jeweiligen Wahrnehmungen und Orientierungen der Akteure im Feld der Untersuchung rekonstruiert werden.

Frau Mücke (PDL): „Positiv ist ganz einfach, dass im Altenpflegeheim jetzt gepflegt wird. Dass das nicht mehr im Krankenhaus stattfindet, weil die Verweildauer dort kürzer ist. Also, das ist etwas, wo man sagt, es ist kein Altenheim mehr, es ist kein Pflegeheim mehr. Wir wollen uns jetzt umbenennen in ein Seniorenzentrum, weil wir alles anbieten. Und da, so denke ich, ist auch die Altenpflege aufgewertet worden. Der Beruf der Altenpfleger. Weil wir eben die Bewohner abnehmen mit ihrer Demenz, mit ihren Weglauftendenzen. Wenn sie unruhig sind, wir schauen nach allen. Wir schauen nach den Wunden, wir schauen nach der Versorgung mit PEG, Insulin und das alles. Also das ist es, was das ganze Spektrum erweitert hat. Und ich denke, das tut dem Berufsbild auch gut. Mit der Anerkennung, dass es jetzt gleichgestellt wird mit dem Beruf der Krankenpflege.“ (Z. 158-168)

⁶⁶ In der aktuellen Debatte um die Generalisierung der Pflegeausbildung steht auch die Möglichkeit des Abbaus von Hierarchien im Vordergrund, die mit den unterschiedlichen Anerkennungsverhältnissen zwischen den Pflegenden von Kranken und den Pflegenden von alten Menschen zusammenhängt. Darüber hinaus gehen die Experten davon aus, dass durch die Aufwertung des Berufes der Altenpflege im Kontext der Generalisierung der Pflegeausbildungen der Respekt für die Arbeit mit den älteren Menschen insgesamt steigen wird (vgl. Weidner, F.; Isfort, M. 2015, S. 9).

Die Pflegedienstleiterin Frau Mücke (PDL) beschreibt, dass sie sehr positiv wahrnimmt, dass im Gegensatz zu früher in der Pflegeeinrichtung inzwischen auch gepflegt wird. Sie begründet diesen Zusammenhang mit der verkürzten Verweildauer der Patienten in den Krankenhäusern, die zu dieser Akzentverschiebung der pflegerischen Versorgung in den Langzeitpflegeeinrichtungen geführt hat. Dadurch übernimmt die Einrichtung inzwischen sehr viele behandlungspflegerische Tätigkeiten. Sie beschreibt, dass mit dieser Entwicklung auch eine anstehende Umbenennung der Einrichtung in ein Seniorenzentrum verbunden ist, da sich durch das erweiterte Versorgungsangebot das Spektrum der Dienstleistung somit insgesamt erweitert hat und nun „alles“ angeboten werden soll. Frau Mücke (PDL) sieht in dieser Entwicklung einen positiven Horizont, indem sie dem Berufsbild der Altenpflege eine Aufwertung zuschreibt. Sie begründet die Aufwertung damit, dass die Pflegenden im Feld der vollstationären Langzeitpflege vermehrt behandlungspflegerische Tätigkeiten ausführen und damit habituell dem Tätigkeitsfeld der Krankenpflege näherkommen. Mehr oder weniger unbewusst geht sie hierbei davon aus, dass das Handlungsfeld der Altenpflege *„jetzt gleichgestellt wird mit dem Beruf der Krankenpflege“*, der eine höhere gesellschaftliche Anerkennung erfährt. Durch diese Schilderungen der Interviewten ist davon auszugehen, dass ihr die Aufwertung des Feldes erstrebenswert und wichtig ist, und dass diese Aufwertung vor allem auch zur Motivation ihrer eigenen Handlungspraxis beiträgt. Gerade in dieser Umbenennung der Einrichtung steckt für sie das Element der Aufwertung, das von der „reinen“ Altenpflege weg führt, hin zu einer Versorgungssituation, die u. a. auch eng mit einer medizinischen und medizintechnologischen Entwicklung verbunden ist. Die Verortung der behandlungspflegerischen Aspekte in der Nähe des medizinischen Versorgungsbereiches erfährt eben hierdurch eine Nähe zur *„ökonomischen Sphäre“* und eine damit verbundene implizite gesellschaftliche Aufwertung pflegerischer Handlungspraxis auch im vollstationären Langzeitpflegebereich.

Im Kontrast dazu geht aus dem Interview mit der Pflegedirektorin Frau Lutz (PD) hervor, dass aus ihrer Sicht der betriebswirtschaftliche Umbau im Gegensatz zu früher zu einer beruflichen Abwertung beigetragen hat. Auch sie bezieht sich hierbei auf Aspekte aus dem Bereich der behandlungspflegerischen Versorgung, wobei sie auch grundlegende Werthaltungen pflegerischer „Sorgearbeit“ einbezieht:

Frau Lutz (PD): „Ich / ich weiß nicht, ich finde es unheimlich schwierig, dass so nach Zeit gearbeitet werden muss, dass jede Kleinigkeit mit dem Arzt abgestimmt werden muss. Ich finde, früher hatten die mehr Entscheidungsfreiheit, um auch mal eine Salbe anzuwenden bei einer beginnenden Bronchitis, ohne dass man wieder den Arzt bitten muss zu kommen, ein Fax zu schicken. Dadurch hat man enorme Zeitverzögerungen, bis gehandelt werden kann. Früher hat man schon bei potenziellen Problemen (lacht), wo man wusste, die kommen jetzt schon, handeln können. Die sind heute enorm verzögert.“

Durch diesen verstärkten. / Alles darf nur der Arzt entscheiden, die Schwester darf ja gar nichts mehr tun. Und, ja, wenn wir jetzt das Personal / das sind so meine Beobachtungen, dann diese neue Aufgaben, die strukturiert sind, ist das Defizit, dass dieses, wir machen gemeinsam eine Tätigkeit zum Wohle unserer Bewohner auch nicht mehr gelingt. Und vielleicht, als letztes noch, dass die Schwester, die einfach mit Herz und liebevoll mit dem Menschen ihren Beruf oder ihre Berufung gefunden hat, dass die heute sehr, sehr schnell auf der Strecke bleibt und viele diese Arbeit als Job verstehen. Solange ich da bin mache ich das, wenn ich nach Hause gehe, interessiert mich nichts mehr“ (Z. 52-69).

Mit ihren Beschreibungen deutet Frau Lutz (PD) an, dass man ihrer Ansicht nach mit den neuen Entwicklungen Schritte in eine Deprofessionalisierung gegangen ist, indem sich die Rolle der pflegenden Experten verändert hat. Es zeigt sich, dass sie diese Entwicklung mit dem Gefühl eines Verlustes beruflicher Anerkennung und einer damit zusammenhängenden Abwertung der Berufsqualifikation verbindet. Indem einfache Unterstützungsmaßnahmen, wie beispielsweise das Auftragen von Salben zur Vorbeugung einer Erkältungskrankheit, nicht mehr selbstständig durch die Pflegenden initiiert werden dürfen, „[so] dass jede Kleinigkeit mit dem Arzt abgestimmt werden muss“, sieht sie eine Schwächung der Handlungskompetenz, welche die Pflegenden in ihrer Alltagspraxis einschränkt und den Pflegebedürftigen zum Nachteil gereicht. Sie erfährt diese Veränderung auch in einem weiteren Sinne als eine „unzweckmäßige“ Paradoxie, die aus ihrer Sicht nicht in Einklang zu bringen ist mit den „wahren“, ethisch verantwortbaren ökonomischen Motiven im Gesundheitswesen. Zur Begründung führt sie an, dass die Handlungseinschränkungen der Pflegenden schließlich dazu führen, dass mehr Zeit und Kosten aufgewendet werden müssen, um diese Einschränkungen wiederum in der unmittelbaren Versorgungspraxis zu kompensieren. Auch in der Fraktionierung von Arbeitsprozessen, die in einer zunehmenden Arbeitsteilung umgesetzt wird, sieht sie einen Verlust habituelier Gestaltungsformen von kollektivem Pflegehandeln. Sie begründet dies damit, dass das Gemeinschaftsgefühl der Pflegenden, im Interesse an einer Sache mitwirken zu können, „gemeinsam eine Tätigkeit zum Wohle unserer Bewohner“ umzusetzen, verloren geht. Hierdurch kommen ihrer Einschätzung nach die Pflegenden auch nicht zu dem „Wir“-Gefühl, dem Gefühl des gemeinsamen Erlebens über die gemeinschaftlich erbrachte Arbeitsleistung. Darüber hinaus beschreibt Frau Lutz (PD), wie ihrer Einschätzung nach die Pflegenden, die sich aus ihrer beruflichen Absicht, den Pflegebedürftigen „herzlich“ und „liebevoll“ zuwenden wollen, sich diesem „Ideal“ unter den entwickelten Veränderungen abwenden. Auch hierin erkennt sie eine paradoxe Entwicklung. Sie begründet die innere Abwendung damit, dass einzelne Pflegende unter den aktuellen Bedingungen „schnell auf der Strecke bleiben“. Dies, weil ihr guter Wille zu einer fürsorglichen Unterstützung und Hilfestellung unter den gegebenen Umständen der Arbeitsverdichtung und der engen zeitlichen Ressourcen „zerbrechen“ kann und sie dadurch ihre Motivati-

on verlieren. Auch in diesen Folgen sieht Frau Lutz (PD) eine Abwertung der beruflichen Anerkennung, die dazu führt, dass inzwischen viele Pflegende ihre Arbeit mit einer geringen Beteiligung und Anteilnahme verrichten, ihre „*Arbeit als Job verstehen*“. Sie sieht hierin auch die Ursache dafür, dass viele Pflegende ihre Arbeit mit einer geringeren inneren Anteilnahme vollziehen, da sie unter den Umständen der Reglementierungen ihrer Handlungskompetenzen und damit ihre Handlungsmotivation verlieren.

Im Vergleich der beiden Interviews – Frau Mücke (PDL) und Frau Lutz (PD) – wird deutlich, dass die Akteure in ihrer Betrachtung von einer unterschiedlichen Perspektive ausgehen. Diese entspricht einerseits der sinngenetischen Typologie (*Typ I*) „*Anlehnung an die Ökonomisierung*“ und andererseits dem (*Typ II*) „*Ablehnung der Ökonomisierung*“. Im Falle Frau Mücke (PDL) geht aus der Perspektive (*Typ I*) „*Anlehnung an die Ökonomisierung*“ (*Typus A, Professionalität und Eigenverantwortung*) hervor, dass sie die Aufwertung der beruflichen Stellung sehr stark von Kriterien der gesellschaftlichen Bewertungsmaßstäbe abhängig macht, indem sie die pflegerische Handlungspraxis mit der Nähe zur ökonomischen Handlungspraxis verbindet, indem sie in „*Anlehnung an die Ökonomisierung*“ den behandlungspflegerischen Aspekten eine „höhere“ Bedeutung beimisst als den Aspekten der grundpflegerischen Versorgung alter, chronisch kranker Menschen. Diese grundpflegerische Handlungspraxis in der Versorgung alter Menschen ist indes vor allem durch eine aufmerksame menschliche Zuwendung bei der Unterstützung von Hilfeleistungen in der Bewältigung des Lebensalltags einschließlich der Körperpflege gekennzeichnet. Indem sie die beiden Handlungsformen grundpflegerischer und behandlungspflegerischer Praktiken in ihrer Bewertung bzw. beruflichen Anerkennung voneinander trennt, setzt sie diese Trennung einem Bewertungsmaßstab aus, den sie aus der Nähe zur „*ökonomischen Sphäre*“ bezieht. In dieser Handlungsorientierung zeigt sich eine Ambivalenz, indem Frau Mücke (PDL) der medizinischen Einleitung und Unterstützung von Heilungsprozessen mehr Bedeutung beimisst als den Fürsorgeaspekten der Pflege. Diese spiegeln sich in der Pflegepraxis vor allem in der „*sozialen Sphäre*“ wider, die eine fürsorgende, teilnehmende und unterstützende Zuwendung implizit voranstellt. Es ist davon auszugehen, dass die Interviewte mit dieser Perspektive der „*ökonomischen Sphäre*“ vor allem all das verbindet, was für sie materiell sichtbar, einschätzbar und zu kalkulierbaren Ergebnissen führt. Diese Sichtweise schließt auch das Gefühl ein, dass der „Wert der Pflege“ vorrangig mit den messbaren Kriterien des Heilens, der Wiederherstellung und der Gesundheit gleichgesetzt wird. Eine Assoziation, die mit einem höheren gesellschaftlichen Stellenwert einhergeht und die in großem Maße einem derzeitigen Gesellschaftsbild, vor allem jedoch dem „Mainstream“ gesellschaftlichen Denkens entspricht. Hieraus leitet Frau Mücke (PDL) vermutlich ihre Aufwertung

der beruflichen Anerkennung ab. Dem steht als Kontrast die „soziale Sphäre“ gegenüber, das sich Sorgen und Bemühen um die Förderung und Erhaltung des gesundheitlichen Zustandes älterer, pflegebedürftiger Menschen, eine Sorgetätigkeit, die sich vorwiegend in den Einrichtungen der Langzeitpflege vollzieht. Im Gegensatz zur „ökonomischen Sphäre“ sind hier vor allem Einflüsse der Verbundenheit, des Miteinanders und einer geduldsamen, einfühlsamen menschlichen Zuwendung von Bedeutung. Diese Grundlagen zu einer respektvollen Gestaltung zwischenmenschlicher Prozesse/Pflegeprozesse gehen aus der Perspektive der „sozialen Sphäre“ hervor und spiegeln sich in den Bedürfnissen, Einstellungen und Werthaltungen gegenüber den die Würde unterstützen den Maßnahmen sowohl der Pflegenden als auch der Pflegebedürftigen wider.

Im Kontrast zum Orientierungsrahmen der Pflegedienstleiterin Frau Mücke (PDL), der durch (Typ I) „Anlehnung an die Ökonomisierung“ gekennzeichnet ist, zeigt sich im Falle der Pflegedirektorin Frau Lutz (PD) aus der Perspektive des (Typ II) „Ablehnung der Ökonomisierung“, dass der betriebswirtschaftliche Umbau im Gegensatz zu früher zu einer beruflichen Abwertung beigetragen hat. Sie begründet diese Abwertung in zweifacher Hinsicht. Auf der einen Seite wird mit der Einschränkung der Handlungskompetenzen der Pflegenden im Bereich der Behandlungspflege eine unnötige Verzögerung der pflegerischen Prozessabläufe provoziert. Sie sieht hierin, wie bereits an anderer Stelle erwähnt, eine paradoxe Entwicklung, da es aus dem Blickwinkel der „ökonomischen Sphäre“ gerade durch diese Einschränkungen zu zeit- und kostenintensiven Umstrukturierungen von Schnittstellenprozessen kommt. Andererseits wird durch die Einschränkung der beruflichen Handlungskompetenz eine „Entwertung“ der fachlichen Expertise herbeigeführt, indem man den Pflegenden ihre berufliche Qualifikation, ihr „Know-how“, ihr implizites Erfahrungs- und Handlungswissen und ihre damit verbundene Handlungskompetenz aberkennt. Darüber hinaus sieht sie eine generelle Abwertung der „sozialen Sphäre“ durch die „ökonomische Sphäre“ gegeben. Insgesamt zeigt sich, dass Frau Lutz (PD) mit den aktuellen betriebswirtschaftlich orientierten Rahmenbedingungen einen Verlust fachlicher und betriebswirtschaftlicher Potenziale verbindet. Es zeigt sich eine Schwächung der Feldautonomie im Sinne Bourdieus, die sogar dazu führt, dass viele Pflegende das Berufsfeld verlassen. Aus der Perspektive Bourdieus handelt es sich hierbei um einen Prozess der Intrusion, indem Marktlogiken in ein Feld eindringen, das vor dem Hintergrund seiner traditionellen Wurzeln durch ein geringer ausgeprägtes Bewusstsein für ökonomisches Denken und Handeln geprägt ist (vgl. Kap. 2.4). Im Vergleich zu Frau Mücke (PDL) dokumentiert sich, dass der Orientierungsrahmen von Frau Lutz (PD) (Typ II) *Ablehnung der Ökonomisierung (Typus A, Verneinung und Machtlosigkeit)* sich gegen die Handlungspraxis der ökonomischen Rationalität wendet. Naheliegend ist, dass dieser Orientierungsrahmen auf einem still-

schweigenden Erfahrungswissen der Akteurin darüber beruht, dass die „*soziale Sphäre*“ in der pflegerischen Handlungspraxis für die Motivation der Pflegenden von großer Bedeutung ist und so dem beruflichen Selbstverständnis der Pflegenden als Fundament zugrunde liegt. Sie geht davon aus, dass ohne Berücksichtigung dieser grundlegenden Zusammenhänge eine adäquate Verbindung zwischen ökonomischen und pflegerischen Schwerpunkten nicht herzustellen ist. Wie bereits erwähnt, schließt sie die Notwendigkeit zu wirtschaftlichem Verhalten hierbei nicht grundsätzlich aus. Viel eher wird in ihrem Orientierungsrahmen deutlich, dass sie sich in ihre Ablehnung gegenüber der Ökonomisierung gegen die Art und Weise, wie die Maßnahmen betriebswirtschaftlicher Restriktionen umgesetzt werden, wendet und diese Praxis deutlich infrage stellt. Daher manifestiert sich ihre ablehnende Haltung gegenüber der Ökonomisierung auch nicht in einer wirtschaftsfeindlichen Ideologie. Ihre Haltung ist vielmehr geprägt durch die deutliche Kritik an einer Fehlentwicklung im Bereich der vollstationären Langzeitpflege, indem die ökonomische Dimension einen zu großen Stellenwert einnimmt. Unter diesen Umständen werden ökonomische Ziele verfolgt, bei denen negative Konsequenzen für die Erreichung des eigentlichen Ziels, das Ziel der pflegerischen Versorgung, in Kauf genommen werden.

5.4.1.2 Berufsverständnis im Wandel zwischen Tradition und Generation

Anhand der empirischen Befunde soll in dem folgenden Unterkapitel auf die Aspekte Reproduktion und sozialer Wandel eingegangen werden, da sich diese für alle interviewten Akteure als besonders relevant erweisen. Im Folgenden soll gezeigt werden, wie sich das Berufsverständnis der Akteure in einer Dichotomie zwischen Kontinuität und Wandel in Verbindung mit Tradition und Generation in der Versorgungspraxis bewegt. Dies wird vor allem an den unterschiedlichen Werthaltungen der Generationen gegenüber der (1) *ökonomischen Sphäre*, der (2) *sozialen Sphäre*, der (3) *kulturellen Sphäre* und der (4) *pflegerischen Sphäre* deutlich. Unter Berücksichtigung der „Ein-
klammerung des Geltungscharakters“ (Mannheim) in der dokumentarischen Methode soll mit den nachfolgenden Auszügen der Interviewtranskripte dieser Zusammenhang im Untersuchungsfeld aufgezeigt werden. Hierzu ist aus methodischer Sicht eine kritische Distanz der Forscherin gegenüber den Darstellungen, Beschreibungen und Wahrnehmungen durch die Interviewten einzunehmen, da sie sich hier in ihren Aussagen häufig auf „Dritte“ (die Pflegenden) beziehen. Insofern ist in Frage zu stellen, ob diese auch einer „*normativen Wahrheit*“ entsprechen. Darüber hinaus wird, in dem, wie sich die Interviewten zu den Aspekten des Generationenwandels äußern, rekonstruiert, was sich in den Darstellungen der Interviewten über sie selbst dokumentiert.

Die Pflegedienstleiterin Frau Sauer (PDL) beschreibt einen Kontrast in der Haltung der jüngeren Generation Pflegender gegenüber den älteren Kollegen, der sich auf die wirtschaftlichen Aspekte (1) *ökonomische Sphäre* in der Versorgungspraxis bezieht:

Frau Sauer (PDL): „Auf die Älteren, die versuchen, die sehen es als belastend denke ich, weil sie einfach eine andere Vorstellung haben. Sie sind und wollen für den Menschen da sein und den Menschen pflegen und nicht für ein Wirtschaftsunternehmen da sein. Also, das ist deren ehester Anspruch. Aber sie wissen auch genau, dass sie ohne die Wirtschaftlichkeit natürlich auch den Beruf gefährden. Und die Jungen glaube ich, die sehen das ganz / den Eindruck hat man zumindest. Die sehen das ganz locker. Ob ich jetzt zehn Handtücher verbrauche oder nur zwei. Die nehmen das nicht so wahr“ (Z. 141-148).

Frau Sauer (PDL) zeichnet hier ein dichotomes Bild über die beiden Generationen. Erstens, indem sie der älteren Generation primär eine Nähe zur „sozialen Sphäre“ zuschreibt, weil sie „für den Menschen da sein und den Menschen pflegen“ wollen und nicht in erster Line ihre Arbeitsleistung „für ein Wirtschaftsunternehmen“ aufwenden wollen. Zweitens geht sie davon aus, dass diese Generation sich aber auch für die Erhaltung des Arbeitsplatzes mitverantwortlich fühlt, indem sie nicht aktiv durch unwirtschaftliches Handeln zu einer wirtschaftlichen Gefährdung der Organisation beitragen möchte. Dieses Verhalten schließlich würde ihre berufliche Situation gefährden. Dieser Haltung stellt sie – ihrer Wahrnehmung nach – die Einstellung der „Jungen“ gegenüber, denen sie diese Aufmerksamkeit und Verantwortungsbereitschaft nicht zuschreibt. Sie geht hier in ihrer Einschätzung viel eher von einem gegensätzlichen „Eindruck“ aus. Sie spricht den jungen Pflegenden die Wahrnehmung über die Mitverantwortung eines angemessenen Ressourceneinsatzes ab. Sie begründet diese Auffassung damit, dass die Werthaltungen der jungen Generation gegenüber dem Ressourceneinsatz und dem Verbrauch von Sachmitteln zur Unterstützung der Pflege durch „Gleichgültigkeit“ geprägt ist. „Ob ich jetzt zehn Handtücher verbrauche oder nur zwei“. Die jüngeren Mitarbeiter sehen ihrer Ansicht nach keine Pflicht zur Mitverantwortung, sondern stehen diesen ökonomischen Herausforderungen eher „entspannt“, „ungezwungen“ und „unbeschwert“ eben „locker“ gegenüber.

In den Beschreibungen der Pflegedienstleitung Frau Sauer (PDL) zeigt sich sehr deutlich, dass sie die älteren Mitarbeiter in jeder Hinsicht für die aufmerksameren, sensibleren, wirtschaftlicheren hält. Sie stellt sie gewissermaßen gegenüber den Jüngeren als höherwertiges Personal dar, denen alles Wichtige bewusster ist. Sie konstruiert hiermit eine betriebliche Wirklichkeit, die an dieser Stelle im Sinne Mannheims „Einklammerung des Geltungscharakters“ infrage zu stellen ist. In Bezug auf die Darstellung der Interviewten bleibt die kritische Frage, inwiefern die heterogene

Gruppe der alten und jungen Mitarbeiter in der Pflege durch eine Pauschalierung von Werthaltungen unter ein Etikett zusammenzufassen sind. Eine Differenzierung ist unter diesen Umständen nicht möglich. Zur Rekonstruktion der individuellen Werthaltung und der jeweiligen Orientierungsrahmen der Pflegenden empfiehlt sich eine weiterführende Analyse, um eine generationstypische Verallgemeinerung von Werthaltungen und eine damit verbundene pauschale Wertung und Qualifizierung zu vermeiden. An dieser Stelle ist viel mehr davon auszugehen, dass mit der Generalisierung der Darstellung der Werthaltungen zwischen den „Jungen“ und den „Alten“ eine theoretische Verarbeitung des wahrgenommenen Generationenkonfliktes verbunden ist. Hierin zeigt sich eine Verortung der Interviewten im Spannungsverhältnis von Reproduktion und Wandel.

In der Resonanz auf die Frage nach der Wirkung des Ökonomisierungsdrucks auf die Beziehungsgestaltung und das Pflegeumfeld (2) *soziale Sphäre* dokumentiert sich schließlich ihr eigenes Berufs- und Führungsverständnis:

Frau Sauer (PDL): „Ja, indem man einfach auch das Pro und Contra gegenüber legt, das kann ich ja auch nur machen, wenn es halt heißt, wir müssen wirtschaftlich sein aus den und den Gründen und der Pflegeansatz aus den und den Gründen muss ich natürlich finden, was überwiegt in dem Moment. Für mich ist nicht nur die wirtschaftliche Zahlen, / das ist in Ordnung, das die wirtschaftlich sind, sondern man muss auch mit Liebe am Beruf bleiben. Und man muss versuchen beides zu kompensieren. Es ist glaube ich für viele schwer, das zu kompensieren. Man muss / jeder muss ein Stück / ein Kompromiss muss man ja im Endeffekt eingehen auf jeder Seite, damit man da die Punktlandung findet irgendwo“ (Z. 197-205).

Frau Sauer (PDL) schildert, dass sie versucht ein Pro und Contra sowohl vor dem Hintergrund der Anforderungen des wirtschaftlichen Denkens als auch vor dem Hintergrund der Anforderungen der Pflegequalität in der jeweils vorliegenden Situation abzuwägen. Für sie ist in der gegebenen Situation das handlungsleitend, was im Moment vorrangig überwiegt und hierfür trifft sie dann schließlich eine Entscheidung. Sie bekräftigt in ihren weiteren Darstellungen dieses Vorgehen mit der Argumentation, dass ihr beide Aspekte – sowohl das wirtschaftliche Handeln als auch die „Liebe zum Beruf“, die es zu bewahren gilt – sehr wichtig sind. Hierin werden ihr Orientierungsrahmen und ihre Werthaltung gegenüber beiden Sphären, der (1) *ökonomischen Sphäre* einerseits und der (2) *Sozialen Sphäre* andererseits, deutlich, die sich in Zusammenhang mit den Herausforderungen durch die Entwicklung der Ökonomisierung für ihren Führungsalltag ergeben. Sie versucht, zwischen diesen beiden Aspekten bzw. zwischen beiden Polen immer wieder einen Kompromiss zu finden.

Auch die Pflegedirektorin Frau Lutz (PD) geht auf das veränderte Berufsverständnis der „neuen Generation“ von Führungsverantwortlichen ein und beschreibt, wie sich ihrer Auffassung nach die Rolle der Führung heute verändert hat.

Frau Lutz (PD): „Das ist sehr, sehr schwer, weil die heutige Führungsriege lebt eigentlich mehr davon, dass sie die Funktion und den Titel tragen, aber wenig mit dazugehören möchten. Die möchten eigentlich der Boss sein, auch Entscheidungen treffen. Aber so wirklich um die Sorgen und Nöte der Teams, nein, also, da hat man ja seine Stationsleitungen. Wenn ich immer ansprechbar bin / dann will ich Wochenende frei haben und ich glaube, dass so dieser Chef, der wirklich Tag und Nacht da ist und der immer ein Ohr hat für die Mitarbeiter, den gibt es nicht mehr. Und das spüren die Mitarbeiter. Die fühlen sich ganz oft einfach verlassen. Und die Stationsleitung hat nicht immer die Möglichkeiten die Hilfestellung zu geben, die manchmal nötig wäre.“ (Z. 368-377)

Die Interviewte beschreibt ihre Auffassung über die unterschiedliche Haltung der Führungskräfte im Spiegel des Generationenwechsels. Sie fasst ihre Auffassung über die „heutige Führungsriege“ damit zusammen, dass „sie die Funktion und den Titel tragen, aber wenig mit dazugehören möchten“. Sie deutet hiermit den Unterschied an, den sie als Kontrast zu ihrer eigenen Handlungsorientierung erlebt, indem sie davon ausgeht, dass die Führungskräfte von heute gerne als „Boss“ fungieren und diesen Titel tragen wollen, aber dass sie sich ihrer Ansicht nach nicht „so wirklich um die Sorgen und Nöte der Teams kümmern“. Aus ihrer Sicht sind die Führungsverantwortlichen von heute nicht mehr dazu bereit, sich unmittelbar mit den Pflegenden gemeinsam zu engagieren. Ihrer Ansicht nach fehlt es ihnen, den Mitarbeitern fühlbar zu machen, dass sie sich „ganz und gar“ mit den Anliegen der Mitarbeiter in der Pflegepraxis identifizieren und ihnen den „Rücken stärken“ in „prekären“ Situationen. Stattdessen bleiben die Führungskräfte von heute auf „Abstand“, indem sie sich durch ihre Position als Vorgesetzte, als „Boss“ zu sehr abgrenzen und dadurch eine „wirkliche Verbundenheit“ mit den Pflegenden in der Auseinandersetzung mit der Alltagspraxis fehlt. Frau Lutz (PD) vermisst hierin eine Haltung, im Sinne der (2) *sozialen Sphäre*, die den Mitarbeitern das Gefühl vermittelt, dass sie sich uneingeschränkt und voller Vertrauen auf die Verbindlichkeit ihrer Vorgesetzten verlassen können dürfen. Sie geht in ihrer Schilderung von einer Abgrenzungspraktik aus, die sie offensichtlich als den gelebten „Mainstream“ in der Führungspraxis wahrnimmt. Auch in den Beschreibungen im Falle Frau Lutz (PD) zeigt sich ein Unterschied im Berufsverständnis der leitenden Führungskräfte im Wandel zwischen Tradition und Generation. Auch hier dokumentiert sich unter den veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen eine Veränderung der (2) *sozialen Sphäre*, indem die Haltung der Führungskräfte gegenüber den Pflegenden durch eine Abgrenzungspraktik spürbar wird.

Auch in den Schilderungen der Pflegedienstleiterin Frau Petz (PDL) zeigen sich unterschiedliche Haltungen der Generationen, hier gegenüber den kulturellen Aspekten (3) *kulturelle Sphäre* in der alltäglichen pflegerischen Versorgungspraxis. Frau Petz (PDL) beginnt über die Strukturen zu erzählen, die sie als junge Pflegende miterlebt hat und vergleicht diese an unterschiedlichen Beispielen mit den heutigen Rahmenbedingungen:

Frau Petz (PDL): „Also, als ich Schülerin war, fange ich einmal so an. Da habe ich im Krankenhaus gelernt. Da waren noch Ordensschwestern. Da gab es klare Vorgaben: Schülerin im Unterkurs, Mittekurs, Oberkurs, was man zu tun hatte. Im Unterkurs hast du ja Nachtschränken sauber gemacht, sage ich einmal und Betten ausgewaschen. Wir machen das ja hier auch. Betten beziehen, Betten auswachen. Wir sind ja kein Krankenhaus. Und da habe ich gesagt: ‚Unsere Ordensschwester ist danach immer durch die Zimmer gegangen und ist mit den Fingern über die Gitterstäbe unter den Matratzen.‘ Da habe ich gesagt: ‚Das müsste man hier auch manchmal machen, weil die sehen das gar nicht mehr.‘ Wenn ich dann jetzt eine Kollegin von Mitte 40 / 50 sehe, wenn die ein Bett auswäscht, die stellt die Matratze hoch, die wäscht das aus, wie wir das früher gemacht haben. Wenn das eine Schülerin von 18/19 das macht, die käme gar nicht auf die Idee, diese Matratze hochzustellen, wenn ich ihr das nicht sage. Das ist vielleicht jetzt ein blödes Beispiel, aber das sind diese Dinge“ (Z. 357-370).

Mit diesem Beispiel geht Frau Petz (PDL) auf ihre berufliche Sozialisation ein und hebt hervor, wie sie diese durch die Begleitung der Ordensschwestern erfahren hat. Sie versucht so den Kern des Kontrastes, aber auch die Ursachen für die veränderte berufliche Handlungspraxis der unterschiedlichen Generation Pflegender darzustellen. Einen ganz wesentlichen Unterschied sieht sie in den präzisen Vorgaben zu den einzelnen Arbeitsaufgaben, welche die Ordensschwestern seinerzeit den Auszubildenden gegenüber gemacht haben und an denen sich die Auszubildenden seinerzeit in jedem Ausbildungsjahr orientieren konnten. Eine Kontrolle der Aufgaben durch die Ordensschwester im Sinne der Führung garantierte schließlich, dass die Aufgaben sorgfältig und ohne Mängel ausgefüllt wurden. Frau Petz befasst sich mit dem Gedanken, dass es sinnvoll wäre, die alten Gebräuche der damaligen Ordensschwestern wieder aufzunehmen, da die 18- und 19-jährigen Auszubildenden ihrer Auffassung nach heute gar nicht mehr auf die Idee kommen, beispielsweise eine Matratze aus dem Bett hochzustellen, wenn sie nicht ausdrücklich darauf hingewiesen werden. Im Vergleich dazu sehen die älteren Kolleginnen mit Mitte 40 und 50 Jahren diese Notwendigkeit wohl. Frau Petz (PDL) weist in dem hier gewählten Beispiel darauf hin, dass gerade in der Profilierung dessen, was genau getan werden muss und einer anschließenden Überprüfung der Arbeiten durch den Vorgesetzten ein wesentlicher Unterschied ihrer beruflichen Sozialisation im Vergleich zu heute erkennbar ist. Dieses Beispiel wählt sie exemplarisch für viele weitere Situationen aus, „das sind diese Dinge“, um darauf hinzuweisen, dass in der pflegerischen Handlungspraxis heute viele Dinge aus dem Blickfeld geraten sind, die ihrer Einschätzung nach

aber grundsätzlich zu einer umfassenden Wahrnehmung in der Pflegepraxis dazu gehören. Aus ihrer Beschreibung geht hervor, dass sie nicht abgeneigt ist, diese Führungsstrukturen auch in die heutige Handlungspraxis wieder aufzunehmen. Sie begründet dies damit, dass heute die Aufmerksamkeit für die Details verloren gegangen ist „[...] *die sehen das gar nicht mehr.*“ und dass nur durch den aktiven Hinweis, in einer Sensibilisierung für diese Details, den jungen Pflegenden gegenüber diese Bedeutung wieder bewusst gemacht werden könnte. Auch in dem nachfolgenden Interviewabschnitt wird dieser Unterschied des Berufsverständnisses und der Berufsauffassung zwischen der jüngeren und älteren Generation an dem Begriff des „Dienens“ deutlich:

Frau Petz (PDL): „[...] Wir haben ja früher wirklich noch gedient. Die dienen ja heute nicht mehr (lacht). Die leben ja heute mit dem Bewohner. Was ich besser finde. Es ist alles /Obwohl, manche Dinge doch noch auch früher gut waren“ (Z. 341-346).

Frau Petz (PDL) assoziiert hier einen Verlust, indem sie davon ausgeht, dass die Auszubildenden von heute die „traditionellen Werthaltungen“, die Haltung der „Hingabe“, des „stets und gerne zur Verfügung stehen“ der Berufsgruppe nicht verinnerlicht haben. Gleichzeitig hebt sie jedoch in einer Ambivalenz hervor, dass die heutigen Auffassungen der Pflegenden in der Versorgungspraxis durchaus ebenfalls ihre Berechtigung haben. Ein kultureller Unterschied der Generationen in den Werthaltungen zeigt sich auch am folgenden Beispiel:

Frau Petz (PDL): „Ja, ich sage, wenn dann eine Kollegin von 50 durch die Zimmer geht. Die Zimmer /nach den Blumen schaut, frische Tischdecke, Nachttischchen sauber macht. Dann ist das [...] Die Blumen haben Wasser. Wenn das die jungen Kollegen machen, die machen eigentlich dieselbe Arbeit, [...] Dann haben die Blumen /die Blätter hängen, die haben kein Wasser. Die Tischdecke hat vielleicht immer noch einen Kaffeeleck. Obwohl die sagen, wieso, habe ich nicht gesehen [...]“ (Z. 374-385).

Es wird deutlich, dass die Aufmerksamkeit für das kulturelle Umfeld im Bereich der pflegerischen „Sorgetätigkeit“ bei den Pflegenden ihrer Beobachtung nach in unterschiedlicher Weise ausgeprägt ist. Frau Petz (PDL) ist verwundert über die Sichtweise der jüngeren Kollegen, die ihrer Ansicht nach den erweiterten „Blick [für das Pflegeumfeld] nicht freihaben“.

Auch in den Beschreibungen der Pflegedienstleitung Frau Petz (PDL) zeigt sich sehr deutlich, dass sie die ältere Generation der Pflegenden für die Aufmerksameren und Sensibleren hält. Dies zeigt sich vor allem da, wo es darum geht, das nähere Umfeld der Pflegebedürftigen unter kulturellen und ästhetischen Aspekten in ihr Pflegeverständnis aufzunehmen. Wenngleich auch an dieser Stelle reflektiert werden muss, dass Frau Petz (PDL) hier eine Wirklichkeit konstruiert, die im Sinne der dokumentarischen Methode infrage zu stellen ist, wird dennoch ein verändertes

Bild in der Handlungspraxis der unterschiedlichen Generation von Pflegenden ablesbar. In den Schilderungen der Interviewten zeigt sich, dass sie die unterschiedlichen handlungsleitenden Orientierungen und die differente Handlungspraxis der älteren und jüngeren Pflegenden mit einer Veränderung der Wahrnehmung und der Werthaltungen gegenüber der Pflegepraxis gleichsetzt. Ähnlich wie im Falle Frau Sauer (PDL) ist davon auszugehen, dass sie hierdurch eine Verarbeitung des Generationenkonflikts vornimmt.

In einer ganz anderen Weise spiegelt sich der Einfluss des Generationenwechsels auch im Interview mit Frau Bachmann (SPDL) wider. Auch hier zeigen sich Einflüsse, die zu pflegerischen Veränderungen (4) *pflegerische Sphäre* in der Versorgungspraxis geführt haben.

Frau Bachmann (SPDL): „Also, ich habe vor 15 Jahren halt noch die Frauen vom alten Schlag gehabt, die so um die 60 Jahre, wo ich angefangen habe. Und das war so und das bleibt so, und das muss so. Und sind noch sieben Bewohner durch ein Badewasser gezogen worden und so, und es kommen eben immer mehr junge Leute, die eben halt frisch sind, tolle Ideen haben und das ist schon besser geworden.“ (Z. 129-133)

Frau Bachmann (SPDL) geht in ihren Beschreibungen davon aus, dass die älteren Pflegenden im Vergleich zu den Jüngeren wenig Interesse zeigen an einer Weiterentwicklung, die Innovation und Wachstum auch im Pflegebereich fördert. Ihrer Ansicht nach erfüllen die älteren Pflegenden, die „vom alten Schlag“ sind, ihre Arbeit auf eine alte und bewährte Weise. In dem Bild, dass „*sieben Bewohner durch ein Badewasser gezogen worden sind*“, wird ein wesentlicher Unterschied im pflegerischen Handeln der Generationen deutlich. Dieser ist sicherlich nicht zuletzt vor dem Hintergrund unterschiedlicher zur Verfügung stehender Ressourcen (ökonomischer Rahmenbedingungen) im Wandel der Generationen bestimmt. Im Gegensatz dazu, so Frau Bachmann (SPDL), bringen die neuen, jüngeren Pflegenden auch neue Ideen und neue Impulse mit, welche die Pflegeprozessgestaltung beeinflussen. Frau Bachmann (SPDL) schätzt diese Einflüsse, weil die jungen Pflegenden „*halt frisch sind, tolle Ideen haben*“ und hat Interesse daran, diese aktiv in die Steuerung des Pflegeprozesses zu integrieren. Sie steht diesen neuen Impulsen gegenüber offen und sieht darin eine fruchtbare Chance der Weiterentwicklung für die Entwicklungen in der Langzeitpflege.

Im Anschluss an den hier rekonstruierten Wandel des Berufsverständnisses zwischen Tradition und Generation konnte anhand der Interviewpassagen (Frau Sauer PDL, Frau Petz PDL, Frau Käfer, SPDL, Frau Lutz PD, Frau Bachmann, SPDL) gezeigt werden, dass der Wandel der Generationen sowohl auf die Handlungspraxis der (1) *ökonomischen Sphäre*, (2) *sozialen Sphäre*, (3) *kulturellen Sphäre* und (4) *pflegerischen Sphäre* der Akteure Einfluss nimmt. Darüber hinaus konnten

die handlungsleitenden Orientierungen der Führungskräfte in Verbindung mit dem Wandel der Generationen auf der oberen, mittleren und unteren Managementebene rekonstruiert werden. Es stellt sich heraus, dass die veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen die jeweils vorliegenden Werthaltungen der Pflegenden und die der leitenden Akteure berühren und sie in unterschiedlicher Weise in ihrer Handlungspraxis herausfordern (vgl. Kap. 5.4.1.2). Hierin lassen sich sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede erkennen, die sich in homologer Weise an die bereits rekonstruierten Orientierungsrahmen der Akteure anschließen und der jeweiligen Typologie zugeordnet werden können (vgl. Kap. 5.3.2).

5.4.1.3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede, zusammenfassende Darstellung

In diesem Unterkapitel soll die Bedeutung der rekonstruierten Aspekte über die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Orientierungsrahmen der Akteure zu den Kriterien: (1) *Berufsverständnis im Wandel zwischen beruflicher Auf- und Abwertung* und (2) *Berufsverständnis im Wandel von Tradition und Generation* noch einmal zusammenfassend dargestellt werden. Mit einer abschließenden Analyse wird die Zuordnung der (3) *Gemeinsamkeiten und Unterschiede* zu den sinngenetischen Typologien im Feld dezidiert aufgezeigt und in einer Abbildung visualisiert.

(1) *Berufsverständnis im Wandel zwischen beruflicher Auf- und Abwertung*

Die Wahrnehmung des Berufsverständnisses der Pflegenden im Spiegel der Ökonomisierung stellt sich in der Untersuchungspraxis als stark kontrastierend dar. Die Einflüsse der zunehmenden Ökonomisierung auf das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden werden von den Akteuren sowohl mit einer Aufwertung als auch mit einer Abwertung des Pflegeberufes in Verbindung gebracht. Aus den vorangegangenen Rekonstruktionen der Orientierungsrahmen der Akteure ist in diesem Zusammenhang von zwei grundsätzlich unterschiedlichen impliziten Orientierungsrahmen auszugehen, die der Einschätzung der beruflichen Auf- oder Abwertung durch die Akteure zugrunde liegen. Hierbei handelt es sich um eine (1) *horizontale Orientierung*⁶⁷, die den derzeitigen gesellschaftlichen „Mainstream“, der im Sinne Foucaults durch die neoliberalen Strukturen und eine damit verbundene Durchdringung ökonomischer Prinzipien in allen Gesellschaftsbereichen geprägt ist, zum Maßstab beruflicher Auf- oder Abwertung von Pflege heranzieht. Dies

⁶⁷ Als horizontale Orientierung ist hier ein Rekurs der Akteure auf eine (inter)subjektive Ausrichtung von Werten zu verstehen, die sich an den geltenden gesellschaftlichen Entwicklungen orientiert. Im Gegensatz dazu rekurriert die vertikale Orientierung auf eine ethische Kritikfähigkeit des Menschen, indem er über die Möglichkeit einer kulturunabhängigen, bzw. kulturübergreifenden Referenz verfügt, die sensibilisiert ist für die Anerkennung einer allgemeingültigen Ethik, die einen objektiven Bezugspunkt von Werten einbezieht, in der die Würde des Menschen von zentraler Bedeutung ist (vgl. Schmitz-Gielsdorf, J. 2016, S. 19).

geschieht, indem die berufliche Aufwertung der Pflege durch die Akteure unmittelbar mit Aspekten der medizinischen Behandlungspflege in Verbindung gebracht wird. Diese weisen eine Nähe zur (1) *ökonomischen Sphäre* auf und sind mit einem (1) *subjektiven Werthorizont* verknüpft. Die Akteure verhalten sich in dieser Orientierung im Kantischen Sinne heteronom, indem sie im Gegensatz zum autonomen Verhalten dazu neigen, ihre eigenen Wertorientierungen durch Fremdbestimmung und fremde Einflüsse bestimmen zu lassen. Hierdurch unterwerfen sie ihren eigenen Willen dem Willen anderer bzw. lassen sich von sozialen Zwängen leiten (vgl. Kap. 2.1.3.4).

Im zweiten Falle handelt es sich im weitesten Sinne um eine (2) *vertikale Orientierung* der Akteure, die im Gegensatz dazu die Beurteilung der Pflege alter Menschen nicht abhängig macht von einem gesellschaftlich durchdringenden, ökonomischen Paradigma. Die Akteure verbinden in dieser Orientierung den Wert der Pflege viel eher mit einem traditionellen „Ideal der Pflege“, dem eine universale, kulturunabhängige Orientierung von Werten zugrunde liegt. Dies bedeutet, dass der pflegerischen Handlungspraxis ein objektiver Bezugspunkt von Werten vorausgeht (2) *objektiver Werthorizont*, bei dem die Wertschätzung gegenüber der Würde des Menschen und damit alles Menschliche zentral steht. Hierin stehen Aspekte der menschlichen Verbundenheit, die Anerkennung, die Anteilnahme sowie die menschliche Hinwendung und der Respekt an erster Stelle.

Während im Falle der (1) *horizontalen Orientierung* zur beruflichen Aufwertung subjektive Bewertungsmaßstäbe aus der ökonomischen Sphäre selbst herangezogen werden, ist davon auszugehen, dass diese im Sinne Bourdieus nicht zur Stärkung der Feldautonomie im Bereich der stationären Langzeitpflege ausreichen. Viel eher ist anzunehmen, dass sich aus feldinterner Sicht das berufliche Selbstverständnis und die berufliche Anerkennung der Akteure idealerweise primär von ökonomisch orientierten Bewertungsmaßstäben unabhängig machen sollte. Dies geschieht, wenn sich die Wertmaßstäbe der Pflege primär an einem (2) *objektiven Werthorizont* orientieren, der die menschliche Würde als Orientierung und Bezugspunkt pflegerischer Handlungsperspektiven zentral stellt. Diese (2) *vertikale Orientierung*, bezieht idealerweise alle Aspekte der Unterstützung, Förderung und Weiterentwicklung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse unter ethisch verantworteten ökonomischen Bedingungen ein. Hierauf aufbauend sind alle weiteren Schritte einzuleiten und zu integrieren, die sich im Rahmen der medizinischen Entwicklung als geeignete therapeutische oder präventive Interventionen zur Unterstützung der Pflegebedürftigen erweisen. In diesem Sinne ist die berufliche Anerkennung zunächst mit einer Stärkung der feldinternen Autonomie verbunden, indem beruflich qualifizierte Akteure durch Weiterentwicklung und Förderung ihrer feldinternen Kompetenzen darin unterstützt werden, sowohl den fachlichen Entwicklungen

einer die Würde unterstützende Pflege als auch den zunehmenden Ökonomisierungsbestrebungen angemessen zu begegnen.

(2) Berufsverständnis im Wandel zwischen Tradition und Generation

Aus den Relevanzstrukturen der Akteure geht ebenfalls hervor, dass das Berufsverständnis der Akteure in einem engen Zusammenhang mit den Werthaltungen der unterschiedlichen Generationen steht. Dies zeigt sich im Untersuchungsfeld in der (1) *ökonomischen Sphäre*, der (2) *sozialen Sphäre*, der (3) *kulturellen Sphäre* und der (4) *pflegerischen Sphäre* der Versorgungspraxis, in denen sich ein Spannungsfeld zwischen sozialer Reproduktion und gesellschaftlichem Wandel vollzieht. Hierbei dienen generalisierte Bilder von „den Jungen“ und „den Alten“, die einander gegenübergestellt werden, als Möglichkeit einer theoretischen Verarbeitung des wahrgenommenen Generationenkonflikts. Im Zentrum dieser gemeinsam erfahrenen Generationenunterschiede steht vor allem die Wertperspektive, welche die Handlungspraxis der jungen und alten Mitarbeiter bestimmt und die in ihren unterschiedlichen Werthaltungen in der Versorgungspraxis zum Ausdruck kommt. Die Veränderungen der Generationen sind durch die prägenden Einflüsse ihres gesamten Umfeldes determiniert und führen auch im Sozialisationsprozess der Pflegenden zu einer Diversität in der Handlungspraxis der pflegerischen Versorgung. Die Rekonstruktion der Orientierungsrahmen der Akteure macht auch hier Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Werthaltungen deutlich, die sich in den Darstellungen der Akteure dokumentieren. Hier zeigt sich vor allem, dass alle Interviewten die unterschiedlichen handlungsleitenden Orientierungen der älteren und jüngeren Pflegenden mit einer Veränderung der Wahrnehmung von Werten und einer damit zusammenhängenden Veränderung der Werthaltungen gegenüber der Pflegepraxis gleichsetzen. Deutlich wird darüber hinaus, dass sowohl die Einschätzung der Interviewten zu den Werthaltungen der Pflegenden als auch ihre eigenen Werthaltungen gegenüber den jeweiligen Sphären eine Nähe zur jeweiligen Grundtypik (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung* und (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* aufweisen.

Dies soll in der nachfolgenden Zusammenfassung der sinngenetische Zuordnung zu den Typologien: (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung* und (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* gezeigt werden.

Im Falle (Frau Sauer PDL) (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung*, (*Typus B, reflektierte Verantwortungsbereitschaft*) zeigt sich in der handlungsleitenden Orientierung gegenüber der (1) *ökonomischen Sphäre*, dass sie versucht, ein „Pro“ und „Contra“ sowohl aus den wirtschaftlichen als auch aus den pflegerischen Anforderungen abzuwägen. Sie orientiert sich dabei an der gegebenen Situation

und trifft eine Entscheidung für das, was am Moment ihrer Einschätzung nach am meisten von Bedeutung ist. Sie versucht dabei grundsätzlich, der Notwendigkeit zu wirtschaftlichem Handeln als auch ihrer „*Liebe zum Beruf*“ gerecht zu werden. Zwischen diesen beiden Polen ist sie immer wieder bemüht, einen Kompromiss zu finden. Hierin manifestiert sich in Anlehnung an die Ökonomisierung ihre reflektierte Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme, der sie aktiv nachkommt, insoweit sie bereit ist, für Kompromisse und einen Ausgleich in ihrem Handeln zu suchen.

Auch im Falle (Frau Petz, PDL) (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung, (Typus C, Normativität und Anpassung)* wird deutlich, dass sie die unterschiedliche Handlungspraxis der älteren und jüngeren Pflegenden mit einer Veränderung der Wahrnehmung und einer Veränderung der Werthaltungen gegenüber der Pflegepraxis gleichsetzt. In ihrer Beschreibung zeigt sich, dass sie gegenüber der (3) *kulturellen Sphäre* in der Handlungspraxis das hervorhebt, was sie in ihrer beruflichen Sozialisation erfahren hat. Hierzu gehören: eine „dienende“ Haltung, eine konservative Ausbildung sowie eine konservative Führung durch die Ordensschwestern, die zu einer verschärften Wahrnehmung auch für die Gestaltung des Pflegeumfeldes der Pflegebedürftigen führte. Im Falle Frau Petz (PDL) zeigt sich ein eher ambivalenter Orientierungsrahmen. Obwohl sie nicht abgeneigt ist, die alten Traditionen in die heutigen Versorgungsstrukturen aufzunehmen, entscheidet sie sich dennoch für eine Form des Ausgleiches zwischen alten Traditionen und den aktuellen betrieblichen Umständen, die sie vermutlich durch Anpassung bewältigt. Sie versucht alte Traditionen mit neuen Strukturbedingungen zum Wohle der Beteiligten zu verknüpfen und lässt sich dabei durch gegebene normative Vorgaben leiten.

In den Beschreibungen der Pflegedirektorin Frau Lutz (PD) (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung, (Typus A, Verneinung und Machtlosigkeit)* offenbart sich ein Orientierungsrahmen, der sich gerade dadurch auszeichnet, dass sie sich als Führungskraft mit den Pflegenden und ihrer Handlungspraxis im Pflegealltag sehr stark identifiziert. Sie unterstützt sie und verhält sich ihnen gegenüber solidarisch. Es zeigt sich, dass sie selbst Abstand nimmt von den veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, die für sie auch eine Veränderung der (2) *sozialen Sphäre* bedeuten. Sie begründet dies damit, da ihrer Wahrnehmung nach aus der Haltung der Führungskräfte gegenüber den Pflegenden eine Abgrenzungspraktik spürbar wird. In der Handlungsorientierung im Falle Frau Lutz (PD) zeigt sich in homologer Weise eine eher resignierte Haltung gegenüber den Folgen der Ökonomisierung. Sie sieht in der Abgrenzung der Führungskräfte gegenüber den Mitarbeitern an der Basis der pflegerischen Versorgungspraxis keine Perspektive, um dieses an der Basis, in ihrer unmittelbaren Handlungspraxis zu unterstützen.

Im Falle Frau Bachmann (SPDL) (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung*, (*Typus B, Reflektierte Verantwortungsbereitschaft*) stellt sich ein weiterer Orientierungsrahmen aus der pflegerischen Perspektive dar. Hier zeigen sich Einflüsse, die zu pflegerischen Veränderungen in der Versorgungspraxis, (4) *pflegerische Sphäre*, geführt haben. Frau Bachmann (SPDL) geht in ihren Beschreibungen davon aus, dass die älteren Pflegenden im Vergleich zu den Jüngeren wenig Interesse zeigen an einer Weiterentwicklung mitzuwirken, die eine Innovation im Pflegebereich fördert. Sie ist überzeugt davon, dass die jungen Pflegenden neue Gedanken und Impulse in die alltägliche Versorgungspraxis mitbringen, die der Weiterentwicklung der Qualität pflegerischer Versorgung dienen. In ihrem Orientierungsrahmen dokumentiert sich eine aktive Form der reflektierten Verantwortungsbereitschaft, mit der sie diese neuen Impulse versucht zu integrieren.

Es konnte empirisch belegt werden, dass im Praxisfeld der stationären Langzeitpflege das Berufsverständnis einen Wandel zwischen den Generationen erfährt, mit dem die Akteure in der Handlungspraxis unterschiedlich umgehen. Für die Akteure im Untersuchungsfeld ist der Konflikt zwischen Reproduktion und Wandel allgegenwärtig und stellt für sie eine Herausforderung dar. Allen ist gemeinsam, dass sie mit dem Wandel der Generationen gleichzeitig auch einen Wandel der Werthaltungen verbinden, der in den unterschiedlichen Sphären (1) *ökonomische Sphäre*, (2) *soziale Sphäre*, (3) *kulturelle Sphäre* (4) *pflegerische Sphäre* der Versorgungspraxis zum Ausdruck kommt. Es zeigt sich, dass alle Akteure in der Grundtypik (*Typ I*) *in Anlehnung an die Ökonomisierung* auf diese unterschiedlichen Werthaltungen reagieren, indem sie versuchen „Altes“ und „Neues“ in die Handlungspraxis des Alltages zu integrieren. Hierin sind die interviewten Akteure einerseits bemüht auch von den Dingen, welche die jungen Akteure mitbringen, zu lernen, andererseits bedauern sie jedoch verloren gegangene Werthaltungen und Strukturen, die sie implizit mit einem kollektiven Habitus von Pflege und einem kollektiven Pflegeverständnis verbinden. Dies kommt vor allem in den Äußerungen der Interviewten über eine wahrgenommene fehlende Achtsamkeit und Aufmerksamkeit im Umgang der Pflegenden sowohl mit materiellen Werten (Sachmitteln), in der Frage nach der ästhetischen Gestaltung des näheren Pflegeumfeldes (Bewohnerzimmer) sowie in der Frage der Umsetzung der pflegerischen Handlungspraxis zum Ausdruck. Lediglich im Falle (Frau Lutz, PD) zeigt sich analog zur Grundtypik (*Typ I*) *Ablehnung der Ökonomisierung*, dass sie keinerlei Anknüpfungspunkte in der Handlungspraxis der jüngeren Generation von Führungskräften sieht. Sie verbindet – ganz im Gegenteil – mit dem distanzierten Verhalten der Führungskräfte gegenüber den Pflegenden einen Mangel an Identifikation mit den Belangen der pflegerischen Versorgungspraxis. Darüber hinaus zeigt sich, dass die wesentlichen Herausforderungen für die Akteure dort bestehen, wo sie mit ihren eigenen impliziten Werthal-

tungen in ihrem Führungsalltag mehr oder weniger auf konfligierende Kontraste zu den Werthaltungen der jeweils anderen Generation stoßen. Konfligierend deshalb, weil sie ihre eigenen Werthaltungen mit ihrer je individuellen und beruflichen Sozialisation verbinden und sie diese auch schätzen. Hier sind sie aufgefordert, eigene Entscheidung zu treffen in der Art und Weise, wie sie diesen jeweiligen Situationen begegnen, die im Kern mit den Wertfragen nach den Ideen des *richtigen, guten und sinnvollen* Lebens (Hartmann 1926) verbunden sind.

An dieser Stelle entsteht die Frage, wie Pflegende ihr ethisches Handeln begründen und legitimieren sollen. Dies setzt ein ethisches Denken voraus, das sich in der Auseinandersetzung mit der Frage, was der gegebene Moment als „Sollen“ für die Handlungspraxis nach sich zieht. Die hiermit verbundene Orientierungsfrage ist unweigerlich mit einem Spannungsverhältnis in der Wertfrage verbunden, das auf die Dichotomie zweier Gesichtspunkte verweist, indem Werte sowohl als objektive als auch als subjektive Größen einer geistig-seelischen Reflexionsfolie dienen können. Vor dem Hintergrund dieser Dichotomie subjektiver (Werts subjektivismus) oder objektiver (Wertobjektivismus) Annahmen in der Betrachtung von Werten (vgl. Kap. 2.1.2) kann in der Frage danach, wie sich die ökonomisch bedingten Veränderungen zu der wertorientierten Perspektive der Akteure in der Versorgungspraxis verhalten, mit den hier rekonstruierten Befunden ein Zusammenhang bestätigt werden. Im Falle Frau Mücke (PDL) (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung* konnte eine (1) *horizontale Orientierung* der Wertorientierung im Sinne des Werts subjektivismus rekonstruiert werden, indem für die berufliche Anerkennung der Wertmaßstab vorherrschende gesellschaftliche Maßstäbe herangezogen wurde. Im Falle Frau Lutz (PD) (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* konnte eine (2) *vertikale Orientierung* von Wertmaßstäben rekonstruiert werden, die sich im Sinne des Wertobjektivismus an universellen Werten des Humanen, der Menschenwürde orientieren (vgl. Kap. 2.1.3.3). Auch in der Frage nach dem Berufsverständnis im Wandel zwischen Tradition und der Generation kann von einer Tendenz der Wertorientierung durch die Akteure ausgegangen werden, die den beiden Grundtypiken zuzuordnen ist. Hier rekonstruiert sich vor allem, dass die Akteure, die der Gruppe (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung* zugehören, eine Vereinbarkeit zwischen den Wertvorstellungen und Werthaltungen der Generationen für möglich erachten und diese bewusst in den Versorgungsalltag integrieren. Im deutlichen Kontrast hierzu zeigt sich in der Werthaltung der Pflegedirektorin Frau Lutz (PD) (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung*, dass sie eine Vereinbarkeit der beiden Wertperspektiven (Wertobjektivismus und Werts subjektivismus) eher nicht für möglich hält. Es stellt sich hier die Frage, inwiefern der in der Theorie beschriebene „Wert der Menschenwürde“ als ein gemeinsamer Fluchtpunkt im Spannungsfeld zwischen einem (1) *horizontalen Werthorizont* (Werts subjektivismus) und

einem (2) *vertikalen Werthorizont* (Wertobjektivismus) in der Reflexion der ethischen Handlungsbe-
gründungen der Akteure als hilfreiche Orientierung erfahren wird (vgl. Kap. 2.1.3.4). Die nach-
folgende Abbildung fasst die sinngenetische Typenbildung der Rolle der Akteure im Spiegel der
Ökonomisierung mit Blick auf ihre wertorientierte Perspektive in der Versorgungspraxis gra-
fisch zusammen:

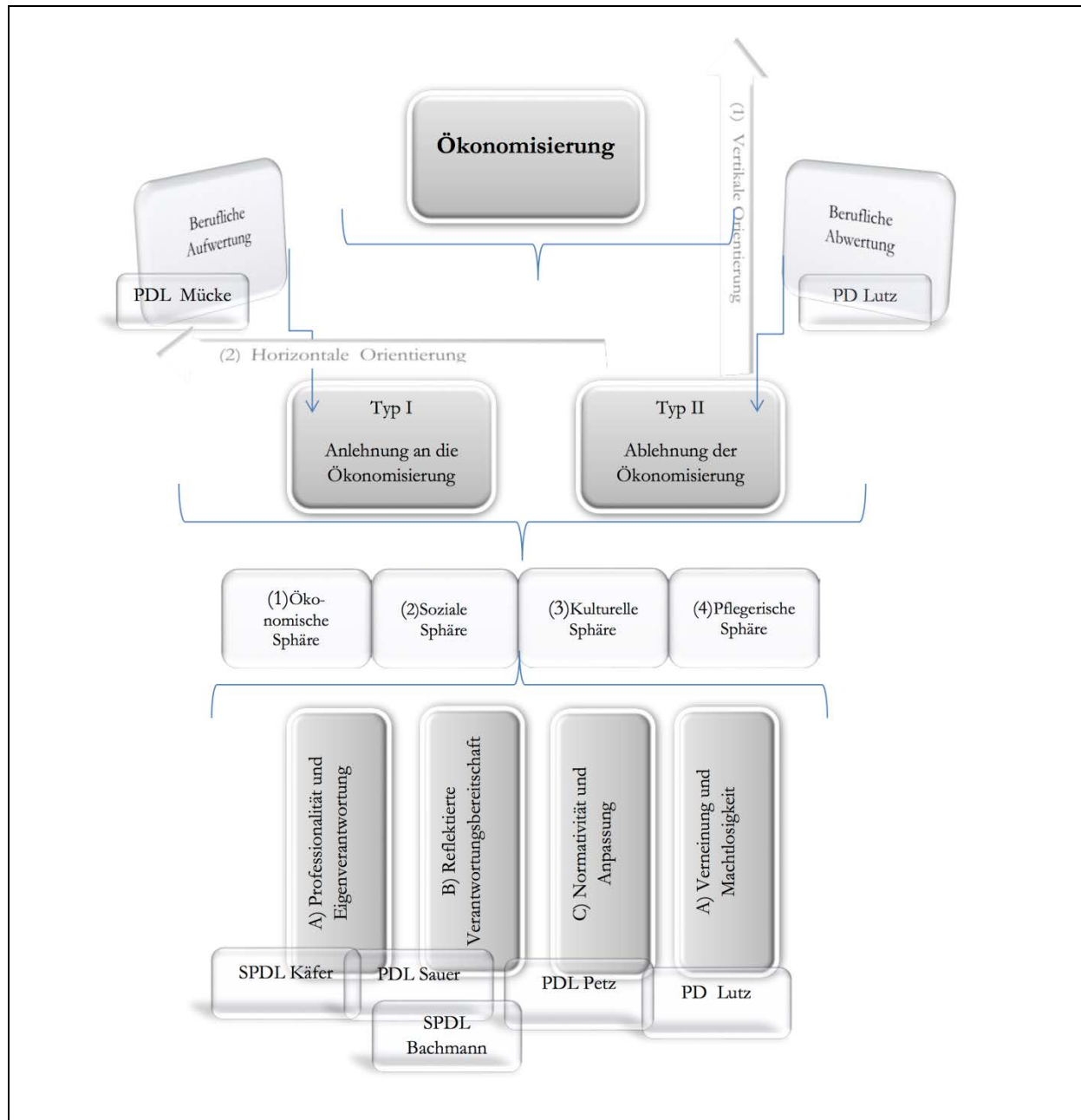


Abbildung 5: Entwicklung der sinngenetischen Typenbildung: wertorientierte Perspektive

Quelle: eigene Darstellung

5.4.2 Das Ethos der Akteure im Spiegel der Ökonomisierung

Vor dem Hintergrund der Annahme, dass jedem menschlichen Sein eine bestimmte Tendenz des Vorzugs für bestimmte Werte innewohnt, lässt sich schließen, dass auch einem professionellen Ethos eine spezifische Werthaltung zugrunde liegt, da man den Menschen in seinem Sein nicht von seiner Profession trennen kann. Hierdurch bleibt es der jeweiligen Person überlassen, situative Entscheidungen so zu treffen, wie sie nach Hartmann (1926) durch seine individuelle Werthaltung und sein Wertempfinden bestimmt sind und dabei vor allem jedoch objektive, universal gültige Wertmaßstäbe einzubeziehen sind (vgl. Kap. 2.1.3.2). In dem nachfolgenden Unterkapitel soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern die zunehmende Bedeutung der ökonomischen Handlungslogik auf das Ethos der Akteure und die damit verbundenen handlungsleitenden Orientierungen Einfluss nimmt. Ausgehend von den theoretischen Grundannahmen, dass durch den Prozess der Ökonomisierung das Ethos der Akteure in Management und Pflege beeinträchtigt wird, soll in den nachfolgenden Subkategorien: (1) *Verantwortung*, (2) *Autonomieverlust* und (3) *Entfremdung* diese Vorannahme empirisch näher beleuchtet werden. Gleichzeitig sollen die bereits rekonstruierten Orientierungsrahmen der Akteure und die damit verbundene sinngenetische Typologisierung der handlungsleitenden Orientierungen auf mögliche Zusammenhänge bezüglich dieser Frage untersucht werden.

5.4.2.1 Verantwortung

Dem Ethos der Pflegenden liegen individuelle sowie kollektiv geteilte berufsspezifische Wertmaßstäbe und berufsethische Prämissen zugrunde, deren Prädikate auf ihre jeweiligen kulturellen und damit identitätsstiftenden Wurzeln zurückzuführen sind. Das Ethos der Pflegenden ist hierbei gekennzeichnet durch eine moralische Grundhaltung, dem gleichermaßen ein verinnerlichter Prozess einer Wertorientierung vorausgeht. Dieser manifestiert sich in einer menschlichen Grundhaltung und verpflichtet ihn zur Verantwortung⁶⁸ moralischen Handelns (vgl. Kap. 2.1.3.2). Für die Pflegenden bedeutet dies, dass zur Ausbildung dieser Grundhaltung vor allem die Aspekte relevant sind, die sich nach Remmers (2010) und Weidner (1995) aus der

⁶⁸ Verantwortung ist hier als Qualität der Person zu verstehen, mit der sie ihren Verpflichtungen mit „guten Gründen“ situativ nachzukommen vermag. Dies setzt nicht nur eine bewusste Auseinandersetzung mit den zu verantwortenden Handlungsgründen voraus sondern auch ein Engagement über die Art und Weise der aktiv gestalteten Handlungsübernahme. Ganz allgemein bedeutet demnach Verantwortung die „Zuständigkeit der Person“ für das Tun und Unterlassen seiner Handlung. Dies ist mit einem „ethischen Selbsteinsatz“ der handelnden Person verbunden. Der Bezugspunkt der Verantwortung setzt hierbei eine Orientierung gegenüber „dem Mitmenschen, dem eigenen Gewissen, oder Gott“, voraus, dem gegenüber die handelnde Person Rechenschaft abzulegen hat. In dieser breiten moralischen Bedeutung fundiert sich der ethische Gehalt der Verantwortung (vgl. Wils, J. P.; Hübenthal, Ch. 2006, S. 398 f.).

phänomenologisch-anthropologischen Deutung erschließen lassen (vgl. Kap. 2.1.3.3). Wie sich diese Perspektive für die handlungsleitenden Orientierungen der Akteure in der vorliegenden Studie darstellt, soll anhand der nachfolgenden Interviewausschnitte gezeigt werden.

Hierbei geht zunächst aus allen Interviews hervor, dass sich die Akteure auf allen Verantwortungsebenen (PD, PDL, SPDL) in ihrer Haltung als professionelle und ethisch handelnde Akteure in der Pflegepraxis verantwortlich zeigen wollen. Sie sind motiviert durch ihren Willen dafür zu sorgen, dass das Notwendige und das Richtige für die Pflegebedürftigen getan werden soll und sie sind bereit dazu, sich hierfür einzusetzen, sodass den Pflegebedürftigen möglichst kein Schaden entsteht. Über diese Gemeinsamkeit hinaus zeigt sich aber auch, dass sich die Umsetzung der Verantwortung in der unmittelbaren Gestaltungs- und Handlungspraxis der Akteure in unterschiedlicher Weise ausdrückt.

Analog zu den bereits entwickelten sinngenetischen Typologien kann auch hier prinzipiell von einer Unterscheidung zwischen den Handlungstypen der beiden Grundtypiken ausgegangen werden. So ist im Falle (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung (Typus A, Professionalität und Eigenverantwortung)* davon auszugehen, dass alle Akteure in ihren Entscheidungen gegenüber der: (1) *ökonomischen Sphäre*, (2) *sozialen Sphäre*, (3) *kulturellen Sphäre* sowie gegenüber der (4) *pflegerischen Sphäre* im Sinne der Professionalität eigenverantwortlich handeln und reflektiert mit ihrer Verantwortung umgehen. Dies zeigt sich sowohl in der Verantwortungsbereitschaft als auch in dem Verantwortungshandeln der Akteure auf der oberen, mittleren und unteren Managementebene, das sich in einem reflektierten und professionellen Berufsverständnis widerspiegelt. Hierin wird selbstständiges und kooperierendes Handeln der Akteure gleichermaßen sichtbar, das die Orientierung auf pflegewissenschaftliche Begründungszusammenhänge bezieht und eine Entscheidungs- und Handlungskompetenz aus der Perspektive der menschlichen Zugewandtheit und Verbundenheit voraussetzt. Dies zeigt sich auch in der Grundtypik (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung (Typus B, Reflektierte Verantwortungsbereitschaft)*, indem das Verantwortungsbewusstsein der Akteure mit einer hohen Reflexionsbereitschaft einhergeht. Dies wird besonders da deutlich, wo unvorhergesehene Anforderungen an die Akteure herangetragen werden, die trotz eines hohen Zeitdrucks verantwortlich zu gestalten sind.

Der nachfolgende Interviewabschnitt im Bereich der (1) *ökonomischen Sphäre* soll als Beispiel herangezogen werden, um darauf hinzuweisen, dass sich das ethische Prinzip der Verantwortung in derselben Weise auch in anderen Interviews und gegenüber allen anderen Handlungssphären – (2) *soziale Sphäre*, (3) *kulturelle Sphäre*, (4) *pflegerischen Sphäre* – zeigt:

Herr Fuchs (PD): „Also, diese Ökonomisierung der Pflege ist sicherlich immer ein Dauerthema. Wenn sie aber den Mitarbeitern ja zeigen, dass es auch anders geht, dann spielt das nicht wirklich eine große Rolle. D. h., bleiben wir einmal beim Personal. Wenn wir halt da entsprechende Nachbesetzungen erforderlich sind oder weil sich die Pflegestufen verändert haben, das man sagt, wir müssen da nachbesetzen, dann machen wir das. Und für die Mitarbeiter ist das immer ein ganz wichtiges Zeichen, es passiert irgendetwas. D. h.: Ich kenne sehr wohl die Schwierigkeiten, wenn es darum geht Personal nachzubesetzen. Aber auf der anderen Seite, wir tun es, weil wir halt auch wissen, ansonsten ist dieses ganze Gebilde immer sehr wacklig. Und man kann da nicht immer sagen, ja, hier müssen wir sparen, sparen, sparen, sondern auf der anderen Seite möchte ich sagen, ich habe es eben auch erwähnt, wenn ich entsprechend Bewohner Kurzzeitpflege im Haus habe, dann muss ich sie auch versorgen können. Und da brauche ich auch das Personal dafür [...] Ich habe eben den veränderten Bedarf angesprochen. Der so vorgebracht wird – gerade im Bereich Pflegehilfsmittel: Lifter, Aufstehhilfen, all diese Dinge. Die sind nun mal erforderlich geworden, weil sich die Bewohner auch entsprechend verändert haben. Und dann muss ich die Sachen kaufen. Ich kann doch nicht sagen, ja tut mir leid, wir haben da kein Geld, aber Ihr müsst trotzdem sehen, wir Ihr eine 120 kg schwere Dame aus dem Bett bekommt. Das ist ja nicht gerade zielführend. Das läuft in aller Regel so. Die Mitarbeiter haben diese regelmäßigen Besprechungen im Bereich Wohnbereichsleiter (unv.) und dann bekomme ich ja mitgeteilt, was für Dinge vielleicht noch anzuschaffen sind. Und dann wird das geprüft und dann werden sie im Zweifelsfalle immer angeschafft. Also die Ökonomisierung, sie wird natürlich vom Träger auch thematisiert, was ich auch verstehen kann. Aber als Budgetverantwortlicher trage ich letztendlich die Entscheidung im Team, was machen wir. Und im Zweifelsfalle immer für die Mitarbeiter“ (Z. 298-329).

Aus der vorliegenden Beschreibung des Interviewten kommt das Verantwortungshandeln von Herrn Fuchs (PD) gegenüber seinen Mitarbeitern zum Ausdruck. Durch seine Haltung möchte er seinen Mitarbeitern gegenüber demonstrieren, „dass es auch anders geht“ und „man auch Personal bekomme“. Für Herrn Fuchs (PD) ist das Thema Ökonomisierung ein „Dauerthema“, womit er auch seine durchaus relativierende und kritische Haltung gegenüber der Ökonomisierung andeutet. Für ihn scheint die Ökonomisierung offensichtlich „nicht wirklich eine große Rolle“ zu spielen, wenn es darum geht, seine Mitarbeiter in ihrer alltäglichen pflegerischen Praxis zu unterstützen. Deutlich wird dies an seiner Bereitschaft, mit der er sich aktiv und entschlossen für eine konstruktive Unterstützung seiner Mitarbeiter verantwortlich einsetzt. Er ist eher bereit, die Konsequenzen, die mit einer zusätzlichen Besetzung einer Personalstelle verbunden sind einzugehen, als das Risiko einer veränderten Atmosphäre hinzunehmen, die durch unzureichende Personalressourcen „umzuschlagen droht“ und ihn möglicherweise mit weiteren, internen Problemen konfrontiert. Auch in der Anschaffung von Pflegehilfsmitteln, die durch den erhöhten Pflegebedarf erforderlich sind, zeigt sich in homologer Weise seine Verantwortungsbereitschaft, indem er in eigener Regie aktiv und entschlossen dazu beiträgt, diese zu beschaffen. Mit dieser Haltung relativiert er auch die Auffassung des vorherrschenden Gebotes der Sparsamkeit von Seiten des

Trägers. In der Handlungsorientierung von Herrn Fuchs (PD) dokumentiert sich ein positiver Horizont, indem er durch seine Verantwortungsbereitschaft die Pflegenden aktiv in ihrer professionellen Handlungspraxis unterstützt, sodass sie auch ihrer Tätigkeit verantwortlich nachkommen können. Darüber hinaus zeigt sich, dass Herr Fuchs (PD) die Bedeutung der Ökonomisierung als solches, die „*natürlich vom Träger auch thematisiert*“ wird, versteht und nachvollziehen kann. Dennoch schöpft er im Rahmen seiner Budgetverantwortung die Möglichkeiten aus und trifft wesentliche innerbetriebliche Entscheidungen in der Personal- und Beschaffungsplanung, die für die weitere Entwicklung der Einrichtung notwendig sind. Dabei ist besonders hervorzuheben, dass er sich in seinen Entscheidungen insgesamt „*im Zweifelsfalle immer für die Mitarbeiter*“ einsetzt. Hierin wird deutlich, dass seine Werthaltung und sein berufliches Ethos gegenüber den Mitarbeitern unter den gegebenen ökonomischen Bedingungen keinen Abbruch erfahren. Er sieht, ganz im Gegenteil, durch seine Verantwortung, einen positiven Beitrag zur weiteren, innovativen Entwicklung der Einrichtung.

Im Gegensatz dazu zeigt sich im Falle (Typ II) *Ablehnung der Ökonomisierung* (Typus B, *Widerstand und Ohnmacht*) dass Herr Kautz (PDL) in seiner Verantwortungsübernahme von gewissen Regeln abweicht. Dies geht aus den in Teilen bereits bekannten Zeilen des Interviews hervor:

Herr Kautz (PDL): „[...] Ok. ich habe in der Einrichtung, dadurch, dass es anonym ist, kann ich einiges sagen. Ich habe halt ein paar Möglichkeiten anhand meines Dienstplanes halt, Stunden aufzuschreiben, ob sie wirklich stattgefunden haben, weiß ich auch nicht, es gibt halt Sonntagszuschläge, das ist alles, was ich halt an Möglichkeiten habe. Das ist ein Witz. Es ist ja einfach nur mal so [...]“ (Z. 529-533).

Obwohl Herr Kautz (PDL) sich bewusst ist, dass seine Form der Handlungspraxis nicht den Regeln des Hauses entspricht, wählt er dennoch diesen Weg. Hierbei ist zu vermuten, dass er, angetrieben durch einen inneren Wertekonflikt handelt, indem er den Mitarbeitern – über die normativen Vorgaben der Einrichtung hinaus – ihre verdiente Anerkennung zukommen lassen möchte. Offensichtlich sieht er für sich im Rahmen dieses Wertekonfliktes hierin eine gute Möglichkeit, die Pflegenden in ihrer Motivation zu stärken.

5.4.2.2 Autonomieverlust

Unter dem Begriff der Autonomie ist nach Auffassung des gegenwärtigen Ethikdiskurses die Selbstgesetzgebung zu verstehen, welche die innere moralische Überzeugung einer Einzelperson deutlich prägt. In der Vorstellung von einer Autonomie der Moral, die durch Kant maßgeblich bestimmt worden ist, hat dieser vor allem eine Unterscheidung zwischen der heteronomen und

autonomen Moralphilosophie vorgenommen (vgl. Kap. 2.1.3.4). Der Verlust von professioneller Autonomie bedeutet demnach einen Verlust von Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten, die für das definierte Arbeitsfeld ursprünglich vorgesehen waren. Dieser Prozess findet sich im Sinne Bourdieus als Konsequenz des Machtzuwachses des ökonomischen Feldes in den jeweiligen Feldern – so auch im Feld der Pflege – wieder (vgl. Kap. 2.4.1).

Besonders gravierend wird der damit in Zusammenhang gebrachte Verlust der beruflichen Autonomie durch die Pflegedirektorin Frau Lutz (PD) (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung (Typus A, Verneinung und Ohnmacht)*, der hier exemplarisch an unterschiedlichen Interviewsequenzen dargestellt werden soll:

Frau Lutz (PD): „[...] Mir fällt an dem neuen System auf, dass die Informationen unter den Mitarbeitern nicht mehr so laufen, wie sie früher gelaufen sind, weil mit dem EDV-Dokumentationssystem nur noch Besonderheiten festgehalten werden, die vom einzelnen Mitarbeiter als besonderes vermerkt werden möchten. Es gibt keine Gesamtübergabe mehr, sodass man noch einmal reflektorisch sagen könnte: ‚halt, stopp‘, da war doch noch etwas, was vergessen wurde. Die persönliche Entscheidung, das ist wichtig und das ist nicht wichtig, führt oft zu Lücken, das sind meine Erfahrungen. Dadurch wird auch viel vergessen, vieles wird nicht umgesetzt, was umgesetzt werden sollte. Man hat mit der neuen Planung Aufgaben völlig neu verteilt, wo jeder sein ‚Schmalspurwissen‘ nur noch besitzt und nicht mehr übergreifend arbeitet, mitdenkt, mit plant. Da geht sehr viel verloren, sehr viel von: ‚gemeinsam sind wir stark‘, gemeinsam schaffen wir das, weil jeder an seine Grenzen kommt und sagt: ‚das weiß ich nicht, das darf ich nicht, das ist nicht meine Aufgabe‘ (Z. 33-46).

Frau Lutz (PD) bedauert insbesondere die zurückgegangene Kommunikation und die eingeschränkte Fähigkeit zur Kooperation der Mitarbeiter. Diese Entwicklung führt sie vor allem auf die EDV- gestützte Dokumentation zurück. Sie begründet dies damit, dass die Pflegenden in dem Dokumentationssystem „nur noch Besonderheiten“ hervorheben müssen und alle weiteren Dinge nicht mehr so bewusst wahrgenommen werden. Hiermit ist verbunden, dass es nun vom Einzelnen abhängt, welche Besonderheiten er als „nennenswert“ wahrnimmt und daher „vermerken möchte“. Die persönliche, subjektive Entscheidung des Pflegenden über das, was für die Pflegeprozessgestaltung relevant oder nicht relevant ist, führt dementsprechend häufig zu „Lücken“ wesentlicher Informationen. Hiermit spricht sie vor allem die Nachteile der EDV-geführten Dokumentationspraxis an, die in einem deutlichen Kontrast zu der aus ihrer Sicht besseren face-to-face-Praxis des Übergabeverfahrens steht. Dadurch, dass davon auszugehen ist, dass die Wahrnehmung des Einzelnen unvermeidbar selektiv ist, können die Pflegenden in einem „traditionellen“ Verfahren der „Übergabe“ durch den Dialog gemeinsam auf Dinge stoßen, die ein Einzelner übersehen, vergessen oder als nicht so wichtig erachten kann. Darüber hinaus kommt es durch

die Rationalisierung von Arbeitsprozessen und einer damit verbundenen Arbeitsteilung zu verkürzten Informationszeiten, wodurch erhebliche Informationslücken und Lücken der Informationszusammenhänge „*Schmalspurwissen*“ entstehen. Auch hierdurch, so die Interviewte, ist der Fluss einer weitgehenden Kooperationen gestört, sodass viele wesentliche Dinge, die für die Versorgungspraxis der Bewohner von Bedeutung sind, nicht erfasst werden oder in Vergessenheit geraten.

In einer weiteren Sequenz des Interviews wird deutlich, dass nach Ansicht der Interviewten mit den neuen Entwicklungen Schritte einer Deprofessionalisierung eingeleitet wurden, in dem sich die Rolle des Experten verändert hat:

Frau Lutz (PD): „[...] Ich / ich weiß nicht, ich finde es unheimlich schwierig, dass so nach Zeit gearbeitet werden muss, dass jede Kleinigkeit mit dem Arzt abgestimmt werden muss. Ich finde, früher hatten die mehr Entscheidungsfreiheit, um auch mal eine Salbe anzuwenden bei einer beginnenden Bronchitis, ohne dass man wieder den Arzt bitten muss zu kommen, ein Fax zu schicken. Dadurch hat man enorme Zeitverzögerungen, bis gehandelt werden kann. Früher hat man schon bei potenziellen Probleme (lacht), wo man wusste, die kommen jetzt schon, handeln können. Die sind heute enorm verzögert. Durch diesen verstärkten./ Alles darf nur der Arzt entscheiden, die Schwester darf ja gar nichts mehr tun“ (Z. 53-62).

In den Darstellungen der Interviewten zeigt sich, dass sie die Entwicklung in der stationären Pflege mit dem Gefühl eines Verlustes beruflicher Autonomie und einer damit zusammenhängenden Abwertung der Berufsqualifikation der Pflegenden verbindet. Sie sieht darin, dass einfache Unterstützungsmaßnahmen, wie das Auftragen von Salben zur Vorbeugung einer Erkältungskrankheit, „*dass jede Kleinigkeit mit dem Arzt abgestimmt werden muss*“, eine Schwächung der Handlungsautonomie, die insgesamt die Handlungskompetenz der Pflegenden einschränkt. Gleichzeitig zeigt sich in diesem Punkt eine Paradoxie, da diese Art der Veränderungen nicht unbedingt in Einklang zu bringen sind mit den ökonomischen Motiven – insbesondere weil durch die Handlungseinschränkungen der Pflegenden schließlich viel mehr Zeit und Kosten aufgewendet werden müssen, um diese Einschränkungen im Prozess des Alltagsgeschehens wieder zu kompensieren. Auch in den nachfolgenden Zeilen des Interviews zeigt sich in homologer Weise der Stellenwert, den die Interviewte dem „*Handlungsspielraum*“ der Pflegenden im Bereich der behandlungspflegerischen Versorgung einräumt, der aus ihrer Sicht nicht ausreichend zur Geltung kommt:

Frau Lutz (PD): „[...] Für mich ist da eine Schere, die weit auseinander klappt. Und häufig wäre es für diese schwerkranken, alten Menschen besser, chronisch krank, wie Langzeiterkrankten, wenn die Pflege mehr Handlungsspielraum hätte auf dem medizinischen Bereich“ (Z. 95-99).

Auch aus dieser Interviewstelle geht hervor, dass die Interviewte mit dem Begriff zu wenig „Handlungsspielraum“ eine Einengung beruflicher Kompetenzen für die Handlungspraxis erfährt. Sie sieht die Pflegenden in einem zu „engen Korsett“ von Regelwerken, sodass ihre Berufserfahrung und ihre möglicherweise über Jahre entwickelte berufliche Kompetenz und das damit verbundene implizite Wissen so nicht ausreichend als Ressource zur konstruktiven Bewältigung der Handlungspraxis genutzt werden können. Auf die Nachfrage der Interviewerin nach den damit verbundenen Konsequenzen für die Pflegenden, die den Pflegeprozess nicht eigenständig, nicht individuell genügend gestalten können, beschreibt sie diese weiter:

Frau Lutz (PD): „[...] ja, die belasten die / das Team, weil das Team möchte eigentlich frei arbeiten, frei entscheiden, das ist ja uns Menschen eigen. Und dieses Reglementieren sehen sie als Störfaktor. Also, so erlebe ich das oft. Ich denke, ein gesundes Team, was motiviert seine Aufgaben, das man grob sagt: ‚heute muss das erledigt werden‘ ist besser, als das so ins kleinste Detail vorzugeben. Das passt nicht zu ‚unserer menschlichen Ader‘, würde ich mal behaupten“ (Z. 184-190).

Durch ihre Argumentation, dass die eigenverantwortliche und individuelle Gestaltung des Pflegeprozesses der Pflegenden durch Reglementierung gestört wird, und „das Team eigentlich frei arbeiten, frei entscheiden, möchte“ kommt auch an dieser Stelle ihr grundsätzlich negativer Gegenhorizont zu den Entwicklungen im Rahmen der Ökonomisierung zum Ausdruck. Sie wehrt sich gegen den Einfluss der äußeren Rahmenbedingungen mit dem Argument, dass diese Einflussnahme durch Reglementierung eine dem Menschen fremde Form ist, die der eigentlichen Motivation des Menschen entgegensteht, weil das „nicht zu unserer menschlichen Ader passt“. Durch das gewählte Bild der menschlichen „Ader“, mit dem die Interviewte an dieser Stelle ihre Wahrnehmung der „Entfremdung“ verdeutlicht, offenbart sich die Tiefe und die immense Bedeutung, die sie dieser Entwicklung beimisst. Die menschliche Ader steht begrifflich für das Leben und die Voraussetzung, dieses Leben unter den gegebenen Bedingungen unter „gesunden“ menschlichen Bedingungen vollziehen zu können. Diese Möglichkeit sieht sie deutlich eingeschränkt. Dadurch, dass Frau Lutz (PD) selbst zur Bekräftigung ihrer Argumentation hier den Begriff der „Behauptung“ wählt, drückt sich ihre offensichtlich tiefe Überzeugung darüber aus, dass die Entwicklungen, die mit der Ökonomisierung verbunden sind, dem Wesen des Menschen, seiner Natur, zutiefst widersprechen und die Mitarbeiter daher auch in ihrer beruflichen Entfaltung gestört werden. Die Konsequenz, welche diese Entwicklung für das traditionelle Berufsverständnis nach sich zieht, wird an der nachfolgenden Interviewpassage deutlich:

Frau Lutz (PD): „Ja, die sind unglücklich. Das gibt Frust, das macht unzufrieden. Und ich habe ganz viele, gerade in den letzten Wochen gesprochen, die sich verändern möchten, die raus möchten, die

nach einer Veränderung suchen, weil sie sich einfach nicht mehr wohl fühlen. Oder auch ungerne zum Dienst kommen und das sind ganz schlimme Zeichen“ (Z. 212-216).

In der Art und Weise, wie die Interviewte die Situation der Pflegenden erfasst und beschreibt: „*die sind unglücklich*“, das gibt „*Frust*“, „*das macht unzufrieden*“, „*die raus möchten*“, „*das sind ganz schlimme Zeichen*“, dokumentiert sich noch einmal ihre Wahrnehmung vor dem Hintergrund ihrer Werthaltung und ihres Ethos. Es zeigt sich eine Form des passiven „*Erleidens*“, der „*Ohnmacht*“, mit dem sie sowohl ihre eigene Situation als auch die Gesamtsituation der Pflegenden erfasst.

In den Beschreibungen und Schilderungen der Interviewten manifestiert sich ein Orientierungsschema, das sich deutlich von den Entwicklungen der Einrichtung im Rahmen der Ökonomisierung abgrenzt. Hierin gerade lässt sich die Grundtypik (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* (*Typus A, Verneinung und Ohnmacht*) zusammenfassen. Die Haltung der Interviewten lässt grundsätzlich auf ein reflektiertes Berufsverständnis schließen, indem eigenes, verantwortliches und kompetentes Verhalten vorauszusetzen ist. Sie sieht in den derzeitigen ökonomischen Rahmenbedingungen indes einen deutlichen Kontrast zu den Anforderungen, die ein humanes, der Würde zuträgliches Arbeitsumfeld leisten und bereitstellen müsste. Sie erkennt in den Entwicklungen wenig Perspektive zur Durch- und Umsetzung einer professionellen, ethisch verantworteten wie die Würde unterstützende Pflege und sieht diese wesentlichen Aspekte in der derzeitigen Pflegepraxis nicht gewährleistet.

5.4.2.3 Entfremdung

In den theoretischen Vorannahmen der Studie wird davon ausgegangen, dass mit dem Ziel der Prozessoptimierung, durch die Übertragung ökonomischer Steuerungsprozesse auf den Bereich der vollstationären Langzeitpflege, eine zunehmende Entfremdung der Pflegenden in ihrem beruflichen Selbstverständnis erfahren wird (vgl. Kap. 2.3.3), da den Annahmen zufolge, die Erfüllung vornehmlich ökonomischer Ziele das professionelle Handeln prägt und diese Ziele im ärgsten Falle in einer Umkehr der Zweck-Mittel-Relation resultieren (vgl. Kühn, H. 2003, 2004, 2005). Hieraus folgt, dass die Einflüsse bei den Pflegenden zu einem Spannungsfeld führen, indem sie einerseits den Anspruch haben, ihr Ethos zu bewahren, und sich gleichzeitig durch wirtschaftliche Zielsetzungen einem Erwartungsdruck ausgesetzt fühlen, der ihr Praxishandeln deutlich prägt (vgl. Manzeschke, A. 2007).

In dieser Frage, sollen die nachfolgenden Interviewausschnitte der befragten Akteure aus den beiden Grundtypiken (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung* (*Typus A, Professionalität und Eigen-*

verantwortung) und (Typ II) Ablehnung der Ökonomisierung (Typus A, Verneinung und Ohnmacht) herangezogen werden und auf ihren empirischen Gehalt überprüft werden:

Frau Lutz (PD): „Ich habe ja sehr nahe vor Ort mit den Teams gearbeitet. Bin dann immer ein Stückchen nach oben gerutscht. Konnte dann vieles nur noch aus der Entfernung betrachten und das fällt mir schwer. Das ist, also so aus der obersten Ebene zu sehen, wie die Mitarbeiter leiden und mit den neuen Strukturen nicht mehr so zurechtkommen, das tut mir weh“ (Z. 242-246).

Im Falle Frau Lutz (PD) (Typ II) Ablehnung der Ökonomisierung (Typus A, Verneinung und Ohnmacht) geht aus ihren Schilderungen ein Empfinden hervor, aus dem deutlich wird, dass es ihr offenbar „schwerfällt“, die Entwicklungen der Pflegepraxis anzuerkennen. Es zeigt sich, wie viel Mühe es ihr bereitet, mit anzusehen wie die „Mitarbeiter leiden und mit den neuen Strukturen nicht mehr so zurechtkommen“. Sie geht in ihrer Schilderung soweit, dass es sie schmerzt mitanzusehen, wie die Pflegenden unter den heutigen Bedingungen „leiden“. Sie drückt dies aus mit den Worten: „das tut mir weh“, eine Art und Weise der Beschreibung, die darauf schließen lässt, dass sie sich im tiefsten Inneren verletzt fühlt über die Umstände, die sie in der pflegerischen Alltagsgestaltung wahrnimmt. Diese Darstellung deutet darauf hin, dass sie die gegenwärtigen Bedingungen als eine Art „Angriff“ auf das Ethos der Pflegenden erlebt und dass die Pflegenden sich in ihrem Berufsverständnis, in ihrer eigenen Empfindsamkeit, die sie für die pflegerische Arbeit mitbringen, „verletzt“ fühlen. Es wird eine Betroffenheit sichtbar, die das menschliche Mitgefühl, das Grundverständnis der Verbundenheit und Fürsorge vermissen lässt. Es bereitet der Interviewten „Kummer“ zu sehen, dass diese wesentlichen Aspekte, mit denen sie den Kern, den Wert der Pflege in Verbindung bringt, unter den heutigen Umständen nicht nur gefährdet, sondern in ihrer Umsetzung bedroht sind. In dieser Beschreibung dokumentiert sich ein Orientierungsschema, das grundsätzlich von einem Ethos der Verantwortung in der Pflege ausgeht, dass Frau Lutz (PD) jedoch nicht in Einklang bringen kann mit den Entwicklungen der Ökonomisierung. Ihr selbst fehlt die Identifikation mit dieser Entwicklung, die sie mit ihrem Pflegeverständnis für unvereinbar hält und schließlich durch ihre Ablehnung gegenüber der Ökonomisierung zum Ausdruck bringt. Auch in dem folgenden Interviewabschnitt wird ein wesentlicher Aspekt der Entfremdung deutlich:

Frau Lutz (PD): „[...] Ich glaube schon, dass wir vieles, was outgesourct wurde, wieder zurücknehmen müssten. Wenn ich alleine die Hilfsmittel, Inkontinenzeinlagen nehme. Ist outgesourct. Da gibt es Firmen, die berechnen, was der Bewohner bekommt. Dann kommen Lieferungen. Der verkauft am liebsten noch irgendwelche Wundpflegeprodukte noch dazu. Also, wir haben so viele Bereiche geschaffen, die sich davon sonst etwas verdienen und Gewinn machen. Das Gleiche haben wir mit der Wundschwester. Das ist ja Gott sei Dank wieder abgeebbt, dass keine Schwester mehr eine Wunde versorgen kann. Da

kommt eine Wundschwester. Das darf nicht geöffnet werden. Nun ist es aber verrutscht und ist nicht mehr schön. Die Wundschwester kommt aber erst übermorgen. Und lauter so ein Zeug. Oder auch Palliativ, finde ich gut. Aber auch das muss in den Händen der Pflegekräfte bleiben. Wir können nicht alle Schwerpunktthemen outsourcen und die Pflegekräfte im Hause sind so die Lückenfüller. Aber das Fachliche geht alles nach draußen. [...] Was soll das alles? Was soll das? Warum können wir nicht unseren originären Beruf so ausüben, wie wir das einmal gelernt haben?“

Frau Lutz verbindet mit der Maßnahme des Outsourcings von Schwerpunktthemen in der Pflege zugunsten einer verbesserten Wirtschaftlichkeit eine Entwicklung in der die Pflegenden im Hause in eine Position der „Lückenfüller“ geraten. Sie assoziiert hiermit, dass die Pflegenden aus ihrer Perspektive nur noch „Randtätigkeit“ erfüllen und so der wesentliche Kern der pflegerischen Aufgaben in ihrer ganzheitlichen Betrachtung „zurückgedrängt“ wird. Indem sie ihre Schilderungen abschließend kommentiert mit einem: „Was soll das alles? Was soll das? Warum können wir nicht unseren originären Beruf so ausüben, wie wir das einmal gelernt haben?“, dokumentiert sich sowohl ein Stück „erlebte Entfremdung“ gegenüber dem eigenen Berufsverständnis als auch ein Stück Verlust der eigenen Autonomie im Rahmen des professionellen Handelns.

Auch in der Grundtypik (Typ I) *Anlehnung an die Ökonomisierung* (Typus A, Professionalität und Eigenverantwortung) wird in einem Interviewabschnitt mit der Pflegedienstleiterin Frau Mücke (PDL) der Aspekt der beruflichen Entfremdung durch den Prozess der Ökonomisierung deutlich.

Frau Mücke (PDL): „Ja, denn die gehen schon, wie man sagt, auf dem Zahnfleisch. Das ist schon so. Das muss man schon so sehen. [...] Dann will ich die ja auch mal zuhause lassen. Die heute morgen kam, und da war eine Mitarbeiterin, die jetzt erkrankt ist diese Woche, da sehe ich ja auch, die kann das eigentlich nicht mehr hören, was ich jetzt sage, ich muss es aber sagen. Weil es muss ja geklärt werden. Es ist ganz einfach nicht so viel Puffer da.“ (Z. 501-507)

Frau Mücke (PDL) beginnt zu erzählen, dass sie am Vormittag auf der Suche nach einer Vertretung für eine erkrankte Mitarbeiterin zum wiederholten Male auf eine Mitarbeiterin zutrat, der sie gerne auch ihren Freiraum gegeben hätte. Frau Mücke (PD) beschreibt im weiteren Verlauf ihrer Erzählung, was in diesem Moment in ihr vorging. Es zeigt sich ein Handlungsdruck, in den sie durch die enge Personalkapazität gerät und bei dem es ihr nicht leicht fällt, eine Mitarbeiterin zum wiederholten Male danach zu fragen, ob sie noch einmal für eine erkrankte Kollegin einspringen könne. Die Tatsache, dass sie keine andere Wahl hat, da ihr keine Alternativen zur Verfügung stehen, „[...] ganz einfach nicht so viel Puffer da“ ist, zwingt sie indes dazu, eine Entscheidung herbeizuführen, die sie entgegen ihrem Wertverständnis und ihrer ethischen Grundhaltung trifft. Sie steht dabei vor der Wahl, die sie, entgegen ihrem Wunsch, der Mitarbeiterin frei geben zu

wollen, fällen muss. Hierin zeigt sich exemplarisch eine Form der Dissonanz, eine Entfremdung in der Handlungsorientierung der Pflegedienstleiterin Frau Mücke (PDL), die für viele weitere ethische Dilemmata stehen. Hier sind die Akteure vor dem Hintergrund der (1) *ökonomischen Sphäre* einerseits und der übrigen Handlungssphären (2) *soziale Sphäre*, (3) *kulturelle Sphäre*, (4) *pflegerische Sphäre* andererseits herausgefordert, unter berufsethischer Reflexion ethisch-moralische Entscheidungen zu treffen, die u. U. miteinander konfligieren.

Zusammenfassende Darstellung

In der Frage nach der Wirkung der marktwirtschaftlichen Strukturen auf das Ethos der Akteure und der damit verbundenen handlungsleitenden Orientierungen konnte anhand der unterschiedlichen Subkategorien: (1) *Verantwortung*, (2) *Autonomieverlust*, (3) *Entfremdung* gezeigt werden, dass diese in unmittelbarem Zusammenhang mit den bereits rekonstruierten Orientierungsrahmen der Akteure stehen. Aus allen Interviews ist zu entnehmen, dass die befragten Akteure grundsätzlich bereit sind, Verantwortung für eine gute Versorgung der pflegerischen Praxis zu übernehmen. Die Handlungspraxis stellt sich jedoch gemäß den Grundtypiken (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung*, (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* unterschiedlich dar. Die Führungskräfte aus der Grundtypik (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung* nehmen ihre Verantwortung aktiv wahr und tragen Sorge, dieser Verantwortung trotz der zunehmenden Restriktionen durch den marktwirtschaftlichen Einfluss gerecht zu werden, indem sie situativ Entscheidungen treffen, die sie selbst vertreten und für deren Konsequenzen sie einstehen. Hierbei zeigt sich, dass die Akteure über ihre möglichen subjektiven Wertpräferenzen und ggfs. auch ihre Grenzen hinausgehen und sich zur Bewältigung gemeinsamer Aufgaben und Ziele der Fürsorge und zum Wohle der Mitarbeiter in konstruktiver Weise zur Verfügung stellen. Sie setzen sich trotz der gegebenen marktwirtschaftlichen Situation, der sie durchaus relativierend und kritisch gegenüberstehen, für das Wohl der Bewohner und ihrer Mitarbeiter ein und engagieren sich für die weitere Entwicklung der Einrichtungen. Sie unterstützen die betriebliche Atmosphäre mit ihren Entscheidungsmöglichkeiten zugunsten eines guten gemeinsamen Klimas und sehen in ihrem Engagement und ihrer Werthaltung gegenüber den Einrichtungen eine konstruktive Möglichkeit, sich professionell einzubringen.

In der Grundtypik (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* konnte darüber hinaus ein Verhalten gezeigt werden, das unter dem Druck von Wertkonflikten von den Vorgaben der Handlungspraxis abweicht. Dies geschieht, indem normative Strukturen in eigener Regie gesteuert werden und kritische, eigene Bedenken damit zusammenhängend in Kauf genommen werden.

In der Subkategorie (2) *Autonomie* konnte vor allem im Falle Frau Lutz (PD), Grundtypik (Typ II) *Ablehnung der Ökonomisierung* (Typus A, *Verneinung und Ohnmacht*) gezeigt werden, dass im Sinne Bourdieus die zunehmenden marktförmigen Anforderungen durch das ökonomische Feld, das Ethos der Pflegenden beeinträchtigen. Dies geschieht insbesondere dadurch, dass die Autonomie in der professionellen Handlungspraxis eingebüßt wird. Während die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtungen, verbunden mit den Einführungen ökonomischer Handlungsstrukturen, dazu dienen sollen, eine Verbesserung der Effektivität und Effizienz einzuleiten, werden diese Maßnahmen im Falle Frau Lutz (PD) als Reglementierung der professionellen Handlungspraxis wahrgenommen. Die unter ökonomischen Bedingungen eingeführte Handlungspraxis zur Sicherung und zum Nachweis einer professionellen und bedarfsgerechten Planung, Durchführung und Überprüfung pflegerischer Maßnahmen werden hier als eindeutig ambivalent erfahren. Gerade durch die Einführung einer EDV unterstützten Pflegeprozessessteuerung, die ursprünglich der Unterstützung einer effizienten und professionellen Pflegepraxis dienen sollte, tritt eine gegensätzliche Entwicklung hervor, die das professionelle Handeln der Pflegenden einschränkt. Diese negativen wie paradoxen Effekte beziehen sich auf einen reduzierten Informationsfluss der Mitarbeiter, ein Fehlen an strukturierten Informationsweitergaben bei den Pflegeübergaben und führen zu Unterbrechungen einer guten, sinnhaften und damit effizienten Kooperation. Darüber hinaus werden die bis ins kleinste Detail dezidiert vorgegebenen pflegerischen Maßnahmen zur Gestaltung von Handlungsprozessen von den Pflegenden in ihrer professionellen Tätigkeit als Einengung ihrer impliziten Erfahrungsräume wahrgenommen. Dies trägt schließlich zu einem Verlust beruflicher Identifikation bei, sodass viele Pflegende einen Berufsausstieg erwägen.

In der Subkategorie (3) *Entfremdung* konnte dargestellt werden, dass sich aus dem Spannungsfeld zwischen Anspruch zur Bewahrung des beruflichen Ethos einerseits und einem Praxishandeln, das durch den Erwartungsdruck wirtschaftlicher Zielsetzungen andererseits geprägt ist, Entfremdung und Dissonanz entstehen. Hier zeigt sich in beiden Grundtypiken gleichermaßen (Typ I) *Anlehnung an die Ökonomisierung*, (Typ II) *Ablehnung der Ökonomisierung*, dass die Akteure mit ethischen Dilemmata konfrontiert sind, die vor dem Hintergrund des neoliberalen Paradigmas und der damit verbundenen Ökonomisierung der Pflege zu einer zunehmenden Deprofessionalisierung und einem Verlust menschlicher Zuwendung und Verbundenheit führen (vgl. Kap. 2.3). Diese Folgen bedeuten schließlich eine Entfremdung der Pflegenden gegenüber ihrem beruflichen Ethos und ihrer professionellen Pflegepraxis, indem der wesentliche Kern der pflegerischen Aufgaben in ihrer ganzheitlichen Betrachtung „zurückgedrängt“ wird. Entfremdung erleben die

Pflegenden auch gegenüber ihrer Menschlichkeit und einer damit verbundenen würdevollen Kontaktgestaltung mit dem anderen. Dieser Prozess konfrontiert die Pflegenden mit einer gewissen „Verrohung“ und fordert sie zur berufsethischen Reflexion heraus, für die sie vor dem Hintergrund der (1) *ökonomischen Sphäre* in den unterschiedlichen Sphären des Pflegealltags (2) *soziale Sphäre*, (3) *kulturelle Sphäre*, (4) *pflegerische Sphäre* einer fortwährenden ethisch-moralischen Entscheidungsfindung bedürfen.

5.4.3 Die Wertsphäre im Spiegel der Ökonomisierung

Werte sind in ihrer orientierungsgebenden Funktion gleichzusetzen mit der Werthaltung eines Individuums und bilden die Grundlage eines Berufsethos. In diesen Werthaltungen finden Menschen zusammen, um ihre Wertorientierungen und das damit erwünschte Handeln in ihrer beruflichen Praxis zu gestalten. Damit zusammenhängende Sinnfragen nach „*Woher, Wozu, Wohin*“ von Leben und Welt bilden dabei auch in gesellschaftlichen Organisationen den Orientierungsrahmen, in dem die Werthaltungen der Akteure schließlich zur Gestaltung kommen und ihren Ausdruck finden (vgl. Kap.2.1.3.1).

Nachdem im voranstehenden Unterkapitel der Frage nach dem Ethos im Spiegel der Ökonomisierung nachgegangen worden ist, soll in dem nun folgenden Unterkapitel die Frage näher beleuchtet werden, inwiefern die zunehmende Bedeutung der ökonomischen Handlungslogik auf die Wertsphäre der Akteure und ihre damit verbundene Handlungsorientierung in den Einrichtungen Einfluss nimmt. Auch hier sollen, ausgehend von den theoretischen Grundannahmen, dass durch den Prozess der Ökonomisierung die Wertsphäre der Akteure in Management und Pflege beeinträchtigt wird, die Relevanzstrukturen der Akteure fokussiert werden. Die hieraus entwickelten Subkategorien: (1) *Wertvorstellungen*, (2) *Wertschätzung*, (3) *Vertrauen und Verbundenheit* werden nachfolgend empirisch betrachtet und vor dem Hintergrund der Orientierungsrahmen der Akteure auf mögliche Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin untersucht.

5.4.3.1 Wertvorstellungen

Wertvorstellungen sind Vorstellungen einzelner Individuen oder sozialer Gruppen, die eine Basis bilden für ihre gesamte Weltsicht und ihre Beziehung zur Welt. Somit ergibt sich die Frage nach der Verwirklichung ihres persönlichen Entwurfs der Werte im Verhältnis zu den objektiven, allgemeinverbindlichen Werten, die für die unmittelbare Handlungs- und Gestaltungspraxis sowie für den Vollzug des Lebens von Bedeutung sind. Im Kontext der pflegerischen Handlungspraxis ist in diesem Zusammenhang jede Berufung auf subjektive Werte und Eigeninteressen lediglich

innerhalb der Grenzen der objektiven Werte sinnvoll, da diese schließlich als Orientierungspunkt für die Konkretisierung der Würde unterstützender pflegerischer Handlungen von Bedeutung sind (vgl. Kap. 2.1.3.3).

Darüber, wie sich diese Wertvorstellungen unter den Einflüssen der Ökonomisierung für die Akteure in der vorliegenden Studie darstellen und ihre Orientierung prägen, sollen die nachfolgenden Interviewauszüge Auskunft geben:

Frau Käfer (SPDL): „[...] Ich glaube, wenn / wenn das Umfeld nicht mehr stimmt, dann ja. Wobei das Umfeld dann auch wieder mit vielen Faktoren zusammenhängt. [...] Es mag durchaus auch andere / Also da habe ich dann für mich gemerkt / also im Nachhinein, nachdem ich dann hier angefangen hatte, habe ich gemerkt, dass ich da eigentlich innerlich gekündigt hatte, weil einfach das komplette Umfeld auch nicht mehr gestimmt hatte. Und deswegen glaube ich, dass, wenn man ein gutes Umfeld hat / Man sagt ja immer: ‚die Pflege ist eigentlich sehr leidensfähig‘ (lacht), das stellt man eigentlich schon so im Alltag fest. Aber es muss drum herum stimmen, sonst / “ (Z. 506-521).

In der Erzählung und Beschreibung der Interviewten dokumentiert sich ihre Handlungsmotivation, die offensichtlich deutlich mit dem Beziehungsumfeld in der Einrichtung in Zusammenhang steht. Frau Käfer (SPDL) zeichnet hier ein Bild über die notwendigen Rahmenbedingungen für ein angemessenes Pflege- und Arbeitsumfeld, die in einer Pflegeeinrichtung gegeben sein müssen, damit sie und ggfs. auch andere Pflegenden sich in ihrer Praxis anerkannt und unterstützt fühlen. Diese Anforderung setzt eine Werthaltung der Verantwortlichen voraus, die sich u. a. in der Anerkennung der Leistungsbereitschaft gegenüber den Pflegenden zeigt. Unter diesen Umständen, so Frau Käfer (SPDL) sei auch sie bereit, ihre Leistungsfähigkeit besonders zu entfalten. Sie begründet dies, indem sie davon ausgeht, dass die Berufsgruppe der Pflegenden vom Grunde her „sehr leidensfähig“ ist. In dieser Beschreibung kommt eine starke Bereitschaft zur Erfüllung der alltäglichen Pflichten zum Ausdruck, welche die Pflegenden auch unter „extremen Bedingungen“ bereit sind zu leisten – vorausgesetzt, die Atmosphäre in der Einrichtung ist positiv und das Umfeld geht anerkennend und „wertschätzend“ mit der Leistungsbereitschaft und mit den Leistungen der Pflegenden um.

In einem Interviewauszug mit der Pflegedirektorin Frau Lutz (PD) entfaltet sich ihre Wahrnehmung, mit der sie ihren eigenen Veränderungsprozess der Wertvorstellungen und den der Pflegenden beschreibt:

Frau Lutz (PD): „Das endet immer in Frust, in Lethargie, in Lustlosigkeit, in, „es ist uns alles egal, wir dürfen ja sowieso nicht“ oder „wir können ja auch nicht“ oder „es ist ja auch nicht gewünscht, dass“

und also, das kann man ganz klar mit einer negativen Entwicklung / die Einstellung zum Beruf verändert sich total negativ.“

I „Heißt das, dass auch die Wertvorstellungen verloren gehen?“

Frau Lutz (PD): „Müssen!“

I „Müssen, Sie sagen, die Wertvorstellungen / “

Frau Lutz (PD): „[...] müssen verloren gehen, wie sollen sie sonst überleben?“ (Z. 304-216).

In dieser Passage beschreibt die Interviewte aus ihrer Sicht einen „Wertewandel“ in der Pflege, der sich in ihren Augen als Folge des Ökonomisierungsprozesses „zwangsläufig“ vollzieht. Sie nutzt hier den Begriff des „Müssens“, um zu dokumentieren, dass sie in dem Werteverlust der Pflegenden eine unvermeidbare Konsequenz sieht, die sich für sie aus ihrer alltäglichen Gestaltungspraxis ergibt. Sie begründet dies mit der Argumentation, dass, wenn die Pflegenden ihre beruflichen Ansprüche an die pflegerische Versorgung nicht „zurückstellen“, ihr „Überleben“ gefährdet ist und verdeutlicht, dass die Pflegenden eine „Belastung“ erleben, in der sie eine ernsthafte Gefahr sehen, und der sie mit einer impliziten Schutzhaltung begegnen. In einer weiteren Sequenz beschreibt sie in sehr detaillierter Form, wie aus ihrer Sicht die Pflegenden – und auch sie selbst – mit dem Dilemma, die Anforderungen ihre Werthaltungen unter den gegebenen Entwicklungen in der pflegerischen Praxis nicht mehr aufrechterhalten zu können, umgehen:

Frau Lutz (PD): „Die müssen bei einem Bewohner erst einmal losgelassen werden und dann fang ich bei mir selber an. Dass ich mich selber nicht kaputt mache / und die Selbstpflege, sich selbst retten heißt auch, ich muss mich von meiner Vorstellung weit, weit entfernen und loslassen. Weil sonst nehme ich Schaden. Also, für mich lässt sich das nicht vereinbaren. Eine gute Pflege kann nicht auf ökonomischen, ausschließlich ökonomischen Gesichtspunkten aufgebaut werden. Das geht für mich nicht“ (Z. 321-327).

Für Frau Lutz (PD) beginnt der Prozess der Auseinandersetzung der Pflegenden mit dem Dilemma da, wo sie ihre eigenen Ansprüche an die Versorgung der Bewohner reduzieren und „zurückschrauben“ müssen, um sich „selbst zu retten“. Hierzu greift sie in ihrer Beschreibung auf den Begriff der „Selbstpflege“ zurück, den sie in Verbindung mit dem „Selbstschutz“ bringt. Sie fasst ihre Beschreibungen zusammen und betont erneut ihren Standpunkt mit der Argumentation, dass „eine gute Pflege nicht auf ökonomischen, ausschließlich ökonomischen Gesichtspunkten aufgebaut werden kann.“ Die Sequenz schließt mit ihrem abschließenden Statement über die „Unvereinbarkeit“ von guter Pflege und der Entwicklung der Ökonomisierung ab.

Auch im Falle Frau Mücke (PDL) wird die Bedeutung der Wertvorstellungen deutlich:

Frau Mücke (PDL): „Ja, also mir ist es wichtig, dass ich den Blick nicht verliere. Aber in der Masse von dem Ganzen, das gefordert wird, könnte es schon sein, dass ein Blick darin verloren geht. Aber bei uns in der Einrichtung, uns ist es wirklich noch wichtig, dass in einem Zimmer angeklopft wird, dass die Privatsphäre eingehalten wird. Das nicht jeder die Wäsche verteilt, sondern dass die Bewohner die Menschen, Mitarbeiter kennen, der jetzt die Wäsche verteilt. Nicht dass da jemand Fremdes kommt, der bspw. privat an seinen Schrank geht. Das sind ganz wichtige Dinge. Das ist ja Vertrauen und der Bewohner, der zahlt ja bei uns, das ist ja sein Zimmer, das ist ja seine Wohnung. Und da muss man eben immer darauf schauen, dass das nicht verloren geht“ (Z. 257-266).

Frau Mücke (PDL) beginnt mit der Beschreibung ihrer Haltung, in der sie betont, dass es ihr viel bedeutet, ihren Blick für die Wertschätzung im Umgang mit den Bewohnern nicht zu verlieren. Dennoch räumt sie ein, dass im Zuge der Alltagsprozessgestaltung und der Fülle an Aufgaben durchaus der Blick für diese wesentlichen Dinge verloren gehen kann. So beschreibt sie beispielsweise, dass ein respektvoller Umgang der Mitarbeiter gegenüber den Bewohnern sehr wichtig ist, indem die Pflegenden die Privatsphäre der Bewohner respektieren. Dies zeigt sich in einem Anklopfen an die Zimmertüren und darin, dass nicht jeder Mitarbeiter die Privatwäsche der Bewohner in die Schränke verteilen sollte. Sichtbar wird, dass die Interviewte das Vertrauen der Bewohner hoch einschätzt und dass es nicht verloren gehen dürfe. Im Falle von Frau Mücke (PDL) zeigt sich eine bewusste werteorientierte Handlungsorientierung, obwohl sie eine Ablenkung von dieser Werthaltung im Berufsalltag durchaus nicht nur für möglich hält, sondern sogar einen solchen Verlust fürchtet. Auch in dieser generellen Handlungsorientierung ist davon auszugehen, dass sie ein Wertverständnis gegenüber dem Bewohner als Individuum in den Mittelpunkt stellt, das von Respekt und Achtung getragen ist.

5.4.3.2 Wertschätzung

In der Wertschätzung kommt die grundsätzlich positive Haltung von Respekt, Wohlwollen und Anerkennung einer Person zum Ausdruck, die sich in einer aufmerksamen Zugewandtheit und einer offenen, erwartungsfreien Grundhaltung niederschlägt. In der Definition der Menschenwürde steht das Anrecht auf die Achtung des Menschen zentral. Hierin beginnt die Achtung im menschlichen Begegnungszusammenhang durch eine bewusste Wahrnehmung des anderen, die im Gegensatz zum Übersehen oder Ignorieren meine volle Aufmerksamkeit als Mensch fordert. Eben hier entsteht das Ernstnehmen des anderen und die Rücksichtnahme auf den Mitmenschen (vgl. Härle, W. 2012, S. 242 f.). Welchen Einfluss die Wertschätzung durch den Prozess der Ökonomisierung auf die Akteure und deren handlungsleitenden Orientierungen in der vorliegenden

Studie hat, soll durch die folgenden Auszüge aus den Interviews mit den Akteuren gezeigt werden:

Frau Radec (SPDL): „[...] Ich denke, dass so, wie ich schon gesagt habe, wenn wir Zeit und mehr Personal haben, dann können wir auch mehr für die Leute machen. Und dann hat man ja das Gefühl, dass ich was Gutes gemacht habe und dann kann ich ja ruhig nach Hause gehen. Dann bin ich ja auch zufrieden. Und mein Wert ist dann, dass ich mich selber dann mehr wertschätze. Wenn du unzufrieden nach Hause gehst, ich hab das nicht geschafft, und das und das. Und dann denkt man, wo habe ich dann versagt? Wo habe ich dann die Zeit verloren? Warum mache ich das so? Bin ich wirklich so schlecht? Dann senket (unv.)“ (Z. 452-459).

In der Beschreibung der Interviewten zeigt sich, wie ihr Wohlempfinden und ihre eigene Wertschätzung unter dem zeitlichen Druck beeinträchtigt sind. Frau Radec (SPDL) argumentiert, dass sie unter diesen Umständen ihre Arbeit nicht so verrichten kann, wie sie dieses gerne tun würde. Dies wiederum trägt maßgeblich zu ihrer persönlichen Unzufriedenheit bei. Auch bedingen diese Umstände, dass sie sich mit starken Selbstzweifeln konfrontiert fühlt, indem sie ihre eigene Leistungsfähigkeit generell in Frage stellt. Deutlich wird dies besonders daran, dass sie in diesem Zusammenhang den Begriff des Versagens erwähnt. Hierin zeigt sich eine Haltung, die eine Form der Schuldzuweisung aufwirft, wenn trotz aller Anstrengungen die vorgegebenen Pflichten nicht erfüllt werden konnten. Die Interviewte sieht in ihrer Pflichterfüllung einen für sie bedeutenden Sinngehalt. Hierin gerade kommt ihre sinngenetische Zuordnung zu (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung (Typus B, Reflektierte Verantwortungsbereitschaft)* zum Ausdruck, indem sie in ihrer Handlungsorientierung bemüht ist, sich aktiv, verantwortungsbewusst und kompromissbereit einzubringen und um ein ausgleichendes Verhalten bemüht ist. Wenn dieser Sinngehalt nicht erfüllt wird und die Interviewte den Pflichten nicht vollständig nachkommen kann, bringt sie das in eine existenziell bedrohliche Auseinandersetzung, die sie an ihrem Selbstwert zweifeln lässt. Der Begriff der Wertschätzung in seiner Bedeutung als grundsätzlich positive und aufmerksame Zuwendung kommt auch in dem Interview mit der Pflegedirektorin Frau Lutz (PD) zum Tragen.

Frau Lutz (PD): „Ja, wenn man eine Übergabe macht, wo man wirklich diszipliniert zuhört und jeder / auch wenn er etwas gefragt wird, zumindest sagen kann: ja, das weiß ich, ich schaue mal nach, ich hole Ihnen das, das wurde heute Mittag besprochen‘. Das gibt dem Angehörigen oder dem Besucher oder dem Arzt, der kommt, oder der Apotheker, der kommt, ein ganz anderes Gefühl von ganzheitlicher Information, als wenn man immer sagt: ‚weiß ich nicht, muss ich jemanden holen‘ ob Gott, ob Gott, was ist das hier denn für ein Laden. Das ist soooo schlimm mit diesen nicht mehr korrekten Übergaben, weil damit steht und fällt der Informationsfluss. Der muss wirklich gut laufen. Die Mitarbeiter müssen zuhören, die müssen wissen, dass sie sich jetzt einmal eine Viertelstunde konzentrieren müssen, dann haben die auch das Gefühl, ich werde wichtig genommen. Das hat ja auch mit Wertschätzung zu tun.

Ich bin wichtig, dass ich das auch wie /. Und nicht, ich werde herausgeschickt und kann schon einmal hier etwas vorbereiten. Das sagt ja, du bist nicht so wichtig, Du brauchst hier nicht zuzuhören. Dich darf das gar nicht interessieren, du kannst draußen jetzt schon einmal Kaffee und Kuchen vorbereiten. Falsch, die gehören dazu. Die müssen wissen, was Sache ist.“ (Z. 491-506)

Frau Lutz (PDL) greift an dieser Stelle erneut auf die Aspekte der Kommunikation und Kooperation zurück, die nach ihrer Einschätzung durch den gewachsenen Dokumentationsaufwand und die Digitalisierung der Informationsverarbeitung im Rahmen der Pflegedokumentation an Bedeutung verloren haben. Sie weist nicht nur auf den Verlust der Kommunikation, sondern vor allem auf den Verlust der Zugehörigkeit und der gegenseitigen Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit hin, die den Kern der gegenseitigen Achtung durch Wertschätzung in sich trägt. Sie beschreibt die Folgen dieser großen Informationslücken als „befremdlich“, da sie davon ausgeht, dass durch diese Art der gebrochenen, unvollständigen, durch Uninformiertheit zusammenhanglosen Informationen eine Außenwirkung entsteht, die von den Angehörigen und Kooperationspartnern missbilligend und verärgert wahrgenommen und in ihrer Wirkung mit einer geringen Qualität und Verlässlichkeit der Versorgungsleitung in Verbindung gebracht wird. Analog der sinngenetischen Zuordnung zu (Typ II) *Ablehnung der Ökonomisierung (Typus A, Verneinung und Ohnmacht)* wird in der gesamten Art und Weise, wie die Interviewte ihre Haltung gegenüber diesen Einbußen der Kommunikationszeiten äußert, an dieser Stelle auch ihre Entschlossenheit deutlich. Mit dieser Entschlossenheit durchbricht sie ihre Passivität und Ohnmacht, indem sie ihre Einschätzung über die Bedeutung des Austausches, der gegenseitigen Aufmerksamkeit und Wertschätzung im Dialog als Element der Verbundenheit als Perspektive deutlich hervorhebt. Indem sie den Begriff des „Müssens“ vehement vertritt, „dass die Mitarbeiter zuhören müssen, die müssen wissen, dass sie sich jetzt einmal eine Viertelstunde konzentrieren müssen“, macht sie aktiv auf die fehlende Wertschätzung aufmerksam und weist auf die Notwendigkeit hin, die mit der Informationsweitergabe verbunden ist. Nur hierdurch, so die Interviewte, ist es möglich, dass alle am Pflegeprozess beteiligten Personen wertschätzend eingebettet werden und sich nicht ignoriert fühlen müssen.

Auch die Pflegedienstleiterin Frau Sauer (PDL) bezieht sich im Rahmen der Wertsphäre auf den Begriff der Wertschätzung, der sich analog zu der sinngenetischen Typologisierung (Typ I) *Anlehnung an die Ökonomisierung (Typus B, Reflektierte Verantwortungsbereitschaft)* in ihrer Handlungsorientierung ausdrückt. Sie bringt sich, ähnlich wie Frau Radec (SPDL), aktiv, verantwortungsbewusst und kompromissbereit ein und ist um eine ausgleichende Atmosphäre bemüht.

Frau Sauer (PDL): „Ja, Wertschätzung ist das Wichtigste für mich an Führungsverständnis. Also die Wertschätzung gegenüber allen und jedem. Das ist für mich der oberste Wert, ja das Wichtigste eigent-

lich. Und nur wenn ich wertschätzend mit den Jungen sowie auch mit den Alten umgehe, kann ich auch einen Weg finden glaube ich.“ (Z. 175-178)

Frau Sauer (PDL) schildert, dass ihr in Verbindung mit ihren Führungsaufgaben in ihrer Werthaltung und Wertorientierung der Aspekt der Wertschätzung und ihr Bedürfnis nach Ausdruck dieser Wertschätzung am meisten bedeuten. Umso mehr macht es sie betroffen, wahrzunehmen, dass vor allem den jüngeren Mitarbeitern aus ihrer Sicht ein wertschätzender und achtsamer Umgang fehlt.

Frau Sauer (PDL): „[...] Wie die jungen miteinander umgehen, das ist ja umgangssprachlich eine Katastrophe würde ich sagen, wie sie miteinander überhaupt keine Wertschätzung untereinander pflegen. Es ist schwierig daran zu kommen glaube ich. Also ich wüsste nicht wie.“ (Z. 289-292)

Deutlich wird an dieser Stelle, wie sehr sie den Verlust einer fehlenden Wertschätzung – vor allem der jüngeren Kollegen untereinander – aufnimmt. Sie zeigt ihre Hilflosigkeit mit dieser Situation, der sie als Führungskraft nicht wirklich etwas entgegenzusetzen vermag.

5.4.3.3 Vertrauen und Verbundenheit

Vertrauen geht von der festen Überzeugung der Verlässlichkeit und Zuverlässigkeit einer Person aus, verbunden mit der Hoffnung, nicht durch seine Handlungspraxis in dieser Vertrauenswürdigkeit enttäuscht zu werden. Dem Grundphänomen Vertrauen, das so dem ursprünglichen Bedürfnis des Menschen nach Verbundenheit entspricht, geht insofern ein „gesteigertes Trauen“ voraus, das als unerlässliche Voraussetzung allen menschlichen Lebens gilt. Wenn dieser Schritt sich vollzieht, der nach Hartmann (1926) in seiner materialen Wertethik „sichtbaren Mut und seelische Kraft erfordert“, entsteht eine grundlegende Solidarität, in welcher der Wert des Vertrauens seine tiefe Bedeutung erfährt, insbesondere, wenn sich Menschen aufeinander verlassen können (vgl. Hartmann, N. 1926).

Darüber, wie sich die Wertsphäre hinsichtlich der beiden Phänomene Vertrauen und Verbundenheit und dem damit verbundenen Bedürfnis, Ruhe, Sicherheit und Beständigkeit in einer Gemeinschaft erfahren zu dürfen, unter den Entwicklungen der Ökonomisierung auf die Akteure sowie auf deren handlungsleitende Orientierungen Einfluss nimmt, soll durch die nachfolgenden Interviewauszüge gezeigt werden. Zu diesem Zweck werden die Relevanzstrukturen der Akteure aufgegriffen. Hierzu wird der Begriff der „Familie“ gerne als Vergleichshorizont zum Heimleben herangezogen:

Frau Radec (SPDL): „[...]seufzt] Aber die älteren Mitarbeiter, die engagieren sich viel mehr für irgendwas, mit den Leuten zu machen. Die opfern viel mehr Zeit. Die bleiben viel öfter länger. Oder singen einfach mit denen. Für sich selber, für die Leute zu entspannen, (oder) sich selber vielleicht. Und bei den jungen Leuten beobachte ich so etwas nicht. Die wissen, ich komme dahin um so viel Uhr und ich gebe dann pünktlich nach Hause. Das ist für die nicht mehr so wie in der Familie, sondern nur die Arbeit“ (Z. 387-393).

Die Interviewte stellt an einem Beispiel des bereits erwähnten Generationenkonflikts einen Kontrast des Verbundenheitsgefühls dar, für das sich die älteren Mitarbeiter offensichtlich mehr einsetzen als die jüngeren Kollegen. Sie assoziiert diese Verbundenheit unmittelbar mit dem Begriff der Familie, der für sie in enger Verbindung steht mit der Bereitschaft der Mitarbeiter, sich durch persönliches Engagement für die Geschehnisse in der Einrichtung einzusetzen. Dies zeige sich vor allem da, wo im Gegensatz zu den jüngeren Pflegenden die älteren Kollegen durchaus bereit sind, sich für die Beziehungsgestaltung mit den Pflegebedürftigen auch über die offizielle Arbeitszeit hinaus mehr Zeit zu nehmen. Es zeigt sich deutlich, dass Frau Radec (SPDL) ein Klima präferiert, das sowohl in der Zusammenarbeit mit den Kollegen als auch in der Versorgung der Bewohner durch eine familienähnliche Struktur geprägt ist. Dies geht auch aus dem nachfolgenden Interviewabschnitt hervor.

Frau Radec (SPDL): „Ich denke, es wäre natürlich besser, wenn man sieht, dass unser Team und die Bewohner, wie eine Familie sind. Die Leute leben hier. Wir kommen und gehen. Können nach Hause. Aber die leben hier. Dass sie/nicht alle haben auch Enkelkinder oder überhaupt eine Familie. Dass sie sich auch wirklich wohl bei uns fühlen, wie zuhause.“ (Z. 399-403)

Frau Radec (SPDL) begründet ihre Haltung damit, dass die Bewohner in der Einrichtung von diesen Strukturen ihrer jeweiligen Primärfamilien abgeschnitten sind. Mit dieser Handlungsorientierung bringt sie einen impliziten Anspruch an die Gestaltung einer Atmosphäre des „Wohlfühlens“, der „Geborgenheit“, der „Behaglichkeit“ und eines Ortes des Vertrauens und der Verbundenheit in Zusammenhang. Hinter diesem Anspruch der Interviewten an die Gestaltung des pflegerischen Umfeldes steht ein positiver Horizont, den sie – ähnlich wie dies idealtypisch mit der Gestaltung eines familiären Umfeldes in Zusammenhang gebracht wird – für erstrebenswert und durchaus umsetzbar hält. Das Bild der „Familie“ steht auch hier für die Begriffe des Vertrauens, der Annahme und Verbundenheit. In dieser Atmosphäre und unter diesem Klima sollen sich sowohl die Pflegebedürftigen als auch die Mitarbeiter und Kollegen „wie zu Hause fühlen“ können. Analog der Grundtypik (Typ I) *Anlehnung an die Ökonomisierung* (Typus B, *Reflektierte Verantwortungsbereitschaft*) steht das Bedürfnis nach Vertrauen und Verbundenheit der Interviewten in einem engen Zusammenhang mit ihrer aktiven, verantwortungsbewussten und ausgleichenden

Grundhaltung, die sie in ihrer Handlungsorientierung zum Ausdruck bringt. Sie sieht hierin eine starke Kraft, auch unter den gegebenen Umständen und Herausforderungen der ökonomischen Entwicklung das Ziel, den wesentlichen Kern der pflegerischen Versorgung, nicht aus dem Auge zu verlieren.

Aus dem Interview mit der stellvertretenden Pflegedienstleiterin Frau Bachmann (SPDL) lässt sich ebenfalls eine besondere Bedeutung in Verbindung mit der Familienstruktur hervorheben:

Frau Bachmann (SPDL): „[...] Es ist so wie eine kleine Familie. Also man muss nicht wirklich groß suchen, wenn sich jemand krank meldet oder so, dass jemand einspringen muss. Sondern dann ruft man an, und dann, ja ich komme gleich. Also, das funktioniert“ (Z. 184-195).

Frau Bachmann (SPDL) bringt diese Zusammenhänge eng mit dem Begriff der Familienstruktur in Einklang, indem sie davon ausgeht, dass die Bereitschaft zur gegenseitigen Hilfe und Unterstützung gerne von den Pflegenden geteilt wird. Entsprechend der Grundtypik (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung (Typus B, Reflektierte Verantwortungsbereitschaft)* sieht sie hierin einen Akt der Solidarität verwirklicht, der vor dem Hintergrund des Gemeinschaftsgefühls und der Verbundenheit in ihrer Handlungsorientierung angesichts der häufig engen Personalsituation Ausgleich und Kompromissfähigkeit unter den Mitarbeitern ermöglicht.

Die Wirkung der Effekte der zunehmenden Orientierung an Effektivität und Effizienz zeigen sich überdies aus einer gegensätzlichen Perspektive. Hier wird vor allem in dem nachfolgenden Interviewabschnitt von Frau Lutz (PDL) ein Verlust von Vertrauen und Verbundenheit sichtbar und fühlbar:

Frau Lutz (PD): „Und es gibt jetzt den Typ Leitung, der darauf ganz gut abfährt. Der alles damit entschuldigt: ‚Ich kann nicht anders, ich muss ja, das ist meine Vorgabe, das muss erfüllt sein und ich kann doch auch nichts daran ändern.‘ So, das ist der eine Typ. Dadurch fühlen sich die Teammitglieder nicht mehr gehört, nicht mehr angenommen und es entsteht neuer Frust. Jetzt gibt es den anderen Leitungstyp, der sagt: ‚Die können mich mal‘, ich sage immer: ja, ja und wenn die weg sind, mache ich so wie so, was ich will, um zu überleben, um irgendwie mit diesem Spagat zurechtzukommen! Und das ist eine fatale Situation, weil beides nicht gut ist (stöhnt)“ (Z. 629-637).

Aus den Beschreibungen der Pflegedirektorin Frau Lutz (PD) geht hervor, dass sie die Handlungsorientierungen der leitenden Mitarbeiter in zwei unterschiedliche Typen aufteilt. Die Mitarbeiter zeigen demnach einerseits ein Verhalten, das vornehmlich durch Anpassung gekennzeichnet ist und andererseits zeigt sich, dass die Leitungskräfte entgegen normativen Vorgaben bereit

sind, eigene Entscheidungen so zu treffen, sodass die Umstände „tragbar“ sind, und „um zu überleben, um irgendwie mit diesem Spagat zurechtzukommen.“ Die Akteure, so die Interviewte, treffen diese individuellen Entscheidungen im „Alleingang“, um in ihrer alltäglichen Pflegepraxis weiter „bestehen“ und in ihrer Arbeit weiter „wirksam“ sein zu können. In beiden Fällen sieht die Interviewte eine Handlungsorientierung, die mit „unangemessenen“ und „schlimmen“ Folgen einhergeht. Sie sieht hierin eine folgenschwere „Aufspaltung“ in der Führung. Hierbei wird die normative Ausrichtung der Pflegeorganisation einerseits durch „Alleingänge“ untergraben und andererseits kann durch eine zu angepasste und unkritische Haltung eine gemeinsam geteilte Handlungsorientierung der Pflegenden nicht mehr gewährleistet werden. „Und das ist eine fatale Situation, weil beides nicht gut ist.“ Eng in Zusammenhang mit der Grundtypik (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* (*Typus A, Verneinung und Ohnmacht*) zeigt sich in den Schilderungen von Frau Lutz (PD) eine deutliche Ablehnung gegenüber den Effekten der zunehmenden Konzentration auf die wirtschaftlichen Aspekte. Sie sieht hierin ein Verhalten, das dem Prinzip des Menschen auf der Suche nach Vertrauen und Verbundenheit konträr gegenübersteht. Diese Folgen fehlender Kooperation ziehen nicht nur negative Wirkungen auf der zwischenmenschlichen Ebene nach sich (2) *soziale Sphäre*, sondern führen vor allem auch im wirtschaftlichen Sinne (1) *ökonomische Sphäre* zu einer paradoxen Wirkung. Durch die fehlende Orientierung der Mitarbeiter an ihren Führungskräften und ein damit verbundenes fehlendes Vertrauen in deren Führungskompetenz kommt es zu „überflüssigen“ Konflikten und Dissonanzen, die einer reibungslosen und harmonischen Zusammenarbeit entgegenwirken.

Die Folgen von fehlendem Vertrauen und einer fehlenden Verbundenheit für die Handlungspraxis zeigen sich auch im Falle der stellvertretenden Pflegedienstleiterin Frau Käfer (PDL):

Frau Käfer (SPDL): „[...] Man hat irgendwie immer versucht zu machen, zu machen und zu machen und ist sowohl von der Zeit, die man auf dem Wohnbereich hatte an seine Grenzen gekommen. Weil es halt zu wenig Personal war und zu wenig Zeit und das Team hat irgendwann nicht mehr gestimmt. Man war irgendwie Einzelkämpfer. Und dann kam noch dazu, dass das mit der Leitung nicht mehr so funktioniert hat“ (Z. 509-514).

Aus den Schilderungen der Interviewten geht insgesamt hervor, dass sie in ihrer Handlungsorientierung davon ausgeht, dass die Verbundenheit der Pflegenden untereinander in einem guten Team und der vertrauensvolle Umgang mit den Vorgesetzten, an die sie sich bei Unterstützungsbedarf wenden kann, eine Grundvoraussetzung sind, um die Herausforderungen des Pflegealltags meistern zu können.

Zusammenfassende Darstellung

Auch in der Frage nach der Wirkung der marktwirtschaftlichen Strukturen auf die Wertsphäre und die damit verbundenen handlungsleitenden Orientierungen der Akteure konnte anhand der unterschiedlichen Subkategorien: (1) *Wertvorstellungen*, (2) *Wertschätzung*, (3) *Vertrauen und Verbundenheit* nachgewiesen werden, dass hier ein Zusammenhang mit den bereits rekonstruierten Orientierungsrahmen der Akteure besteht.

In der Subkategorie (1) *Wertvorstellungen* konnte gezeigt werden, dass auf allen Verantwortungsebenen der leitenden Akteure (PD, PDL, SPDL) beider Grundtypiken (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung* und (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* durch den Prozess der fortlaufenden Ökonomisierung die Wertvorstellungen betroffen sind. Dies zeigt sich besonders in den Konsequenzen, die mit dem Einfluss auf die Werthaltungen der Akteure einhergehen. Im Falle der stellvertretenden Pflegedienstleiterin Frau Käfer (SPDL) (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung* (*Typus A, Professionalität und Eigenverantwortung*) führt eine fehlende Anerkennung der Einrichtung und ihrer Führungskräfte gegenüber den Mitarbeitern zu einer spürbaren und bereits erlebten Einschränkung der Leistungsbereitschaft, obwohl diese von der Akteurin selbst als prinzipiell sehr hoch eingeschätzt wird. Im Fall der Pflegedienstleiterin Frau Mücke (PDL) (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung* (*Typus A, Professionalität und Eigenverantwortung*) wird die Sorge deutlich, dass mit der Zunahme an Konzentration auf Effektivität und Effizienzsteigerung in der pflegerischen Alltagspraxis ein Verlust von Werthaltungen gegenüber dem Respekt und der Achtung vor den Pflegebedürftigen droht. Im Falle der Pflegedirektorin Frau Lutz (PD) (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* (*Typus A, Verneinung und Ohnmacht*) konnte schließlich gezeigt werden, dass sie bereits einen Verlust an Werthaltungen bei sich und bei den Pflegenden bemerkt, den sie deutlich bedauert. Aus ihrer Sicht entsteht dieser Verlust dadurch, dass die Pflegenden ihre Sensibilität für alles Menschliche und ihre damit verbundene implizite Anspruchshaltung zur Gestaltung der pflegerischen Praxis in der täglichen Versorgung zurückstellen müssen. Aus ihrer Sicht geschieht dies vor allem aus dem Selbstschutz heraus, um an den Folgen der Konflikthaftigkeit – dem Bedürfnis einer werteorientierten Pflegepraxis einerseits und der fehlenden Verwirklichung der Werte andererseits – nicht zu zerbrechen. Es konnte gezeigt werden, dass die Wertvorstellungen der Akteure beider Grundtypiken durch den Einfluss der Ökonomisierung betroffen sind. Die Stärke der empfundenen Betroffenheit steht indes mit den Grundtypiken (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung* und (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* in einem engen Zusammenhang. Hierin zeigt sich schließlich, dass, je größer der gefühlte Abstand der Akteure zu der ökonomischen Entwick-

lung ist, desto bewusster wird eine Veränderung bzw. der Verlust der Werthaltungen der Akteure wahrgenommen.

In der Subkategorie (2) *Wertschätzung* konnte anhand der Interviews dargestellt werden, dass der Begriff der Wertschätzung in der gelebten Praxis einen hohen Stellenwert durch die Akteure erfährt und seine Bedeutung aus unterschiedlichen Perspektiven wahrgenommen wird. Durch die Interviewausschnitte stellt sich heraus, dass auf allen Verantwortungsebenen der leitenden Akteure (PD, PDL, SPDL) beider Grundtypiken (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung*, (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* die Wertschätzung durch den Prozess der fortlaufenden Ökonomisierung in der Folge neoliberalistischer Strukturen beeinträchtigt ist. Dies zeigte sich besonders deutlich im Falle Frau Radec (SPDL), die durch den Antrieb zur fortwährenden Leistungssteigerung in Form von Selbstdisziplinierung eine fehlende Selbstwertschätzung durch Fehleinschätzung ihrer eigenen Leistungskompetenzen erfährt – ein Prozess, der schließlich zu Selbstentfremdung führt. Auch im Falle Frau Lutz (PD) konnte gezeigt werden, dass durch einen Mangel an aufmerksamer und bewusster Kommunikation und Kooperation eine Form der fehlenden Wertschätzung deutlich wird. Diese führt dazu, dass alle am Pflegeprozess Beteiligten sich nicht ausreichend informiert fühlen und dergestalt in ihrer Achtung als Menschen nicht ausreichend aufmerksam wahrgenommen werden.

Im Falle Frau Sauer (PDL) konnte gezeigt werden, dass der Begriff der Wertschätzung für ihre Führungspraxis von besonderer Bedeutung ist und sie gerne in allen Fragen dieser Wertorientierung Ausdruck verleihen möchte. Umso mehr macht es sie betroffen, dass sie wahrnimmt, dass den jüngeren Mitarbeitern – verglichen mit den älteren – ein wertschätzender und achtsamer Umgang fehlt, dem sie hilflos gegenübersteht.

In der Subkategorie (3) *Vertrauen und Verbundenheit* konnte anhand der Interviewausschnitte aus unterschiedlichen Perspektiven gezeigt werden, wie stark die Handlungspraxis der Akteure auf allen Verantwortungsebenen (PD, PDL, SPDL) ebenfalls angewiesen ist auf ein Umfeld, das durch Vertrauen, Annahme und Verbundenheit geprägt ist. Hierzu wird vor allem der Vergleich mit familienähnlichen Verhältnissen von den Akteuren als Vergleichshorizont herangezogen. Mit dieser Handlungsorientierung bringen die Interviewten einen impliziten Anspruch an die Gestaltung einer Atmosphäre der Geborgenheit, Sicherheit und des Wohlfühlens mit, der offensichtlich sowohl für die Bewohner als auch für die Teams von großer Bedeutung ist. Die Bedeutung der Subkategorie (3) *Vertrauen und Verbundenheit* konnte somit aus der Perspektive der Bewohner, der Mitarbeiter untereinander und aus der Perspektive des Führungsverhaltens beleuchtet und darge-

stellt werden. Hierdurch konnte belegt werden, dass beide Aspekte, sowohl Vertrauen als auch Verbundenheit, wesentliche Elemente sind, wodurch sich die Mitarbeiter vor allem auf der unteren Führungsebene gestärkt fühlen und woraus sie Kraft schöpfen, um den Praxisalltag zu meistern. Sie sehen hierin eine wesentliche Unterstützung für ihre Motivation und ihr Engagement in der fürsorglichen Arbeit. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass durch einen nicht gelingenden Prozess des Vertrauens und der Verbundenheit, die Kooperation sowohl durch zwischenmenschliche Befindlichkeiten als auch durch eine fehlende gemeinsame Orientierung an Verfahrensabläufen gestört wird. Hierdurch entstehen Effekte, die sowohl einer gelingenden zwischenmenschlichen Zusammenarbeit als auch einer ausgewogenen Betriebswirtschaftlichkeit durch unnötige Reibungseffekte entgegenstehen.

5.5 Normativer Stellenwert der pflegerischen Handlungspraxis im Spiegel der Ökonomisierung

Die Auseinandersetzung mit der Fragestellung, was die Einrichtungen ihren Mitarbeitern im Rahmen der fortschreitenden Entwicklungen durch die Ökonomisierung zur Unterstützung anbieten und wie die Akteure die Unterstützung durch das Management aufgreifen, soll Gegenstand der nachfolgenden Rekonstruktion sein. In diesem Zusammenhang soll auch die Perspektive der Innovation in der Versorgungsforschung des Gesundheitswesens einbezogen werden.⁶⁹

Mit den nachfolgenden Interviewauszügen sollen zunächst die handlungsleitenden Orientierungen der Akteure im Umgang mit den angebotenen Unterstützungsleistungen durch die Einrichtungen rekonstruiert werden. Hierzu konnten Gemeinsamkeiten und Unterschiede hervorgehoben werden, die zu der Herausbildung der nachfolgenden Relevanzsetzungen der Akteure beigetragen haben. In diesem Zusammenhang zeigt sich in nahezu allen Interviews, dass im Bereich der „*technisch-ökonomischen*“ Möglichkeiten keine besonderen Probleme rekonstruiert wurden, die in unmittelbarer Weise einer Innovationsperspektive im Wege stehen würden. Es wird, ganz im Gegenteil, deutlich, dass die Akteure vor allem der Grundtypik (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung* im Bereich der betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Steuerung durch eine EDV-gestützte Dienstplanung und ein Belegungsmanagement einen großen Nutzen erfahren. Im Gegensatz dazu zeigt sich im Falle Frau Lutz (PD) ein deutlicher Kontrast. Die Pflegedirektorin

⁶⁹ Hierzu stellten die Autoren Heyen/Reiß (2014b) acht Thesen auf, die einen neuen Blick für sowohl bestehende Hemmnisse als auch Potenziale im technisch-ökonomischen wie im organisatorisch-sozialen Bereich für mögliche Innovationen bereithalten. Insofern soll auch in den vorliegenden Interviewausschnitten ein Blick auf die Identifikation ungenutzter Ressourcen und Potenziale gerichtet werden (vgl. Heyen, N. B., Reiß Th. 2014b, S. 267), auf die in der abschließenden Diskussion (Kap. 6) näher eingegangen werden soll.

Frau Lutz (PD) (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* sieht in der EDV-gestützten Steuerung der Organisationsprozesse eine deutliche Ursache für das Schwinden des Gefühls der Notwendigkeit einer gemeinsamen Kommunikation und Kooperation, dem sie eine besondere Bedeutung beimisst. Deutlich wird an dieser Stelle, wie auch in allen anderen Interviews, dass sich insgesamt Probleme vielmehr im „organisatorisch-sozialen Bereich“ abspielen. Die hierzu rekonstruierten Relevanzsetzungen der Akteure zeigen sich demnach in den Subkategorien (1) *Unterstützungsangebote durch die Einrichtungen*, (2) *Werthaltung, Führungsverständnis und Kulturgestaltung* und (3) *Werthaltung und Klima des Miteinanders*, die für das Untersuchungsfeld von besonderer Bedeutung sind.

5.3.1 Unterstützungsangebote durch die Einrichtungen

In der Subkategorie (1) *Unterstützungsangebote durch die Einrichtungen* geht aus unterschiedlichen Interviews zunächst hervor, dass die Akteure aller Verantwortungsebenen (PD, PDL, SPDL) die gegebenen Maßnahmen der Einrichtungen, die für ihre Unterstützung, Förderung und Weiterentwicklung gedacht sind, nur mäßig für angemessen halten oder diese nur wenig besucht werden. Dies soll in diesem sowie in den beiden nächsten Unterkapiteln (vgl. Kap. 5.3.2, 5.3.3) aufgezeigt und verdeutlicht werden.

So schildert die stellvertretende Pflegedienstleiterin Frau Radec (SPDL), dass aus ihrer Sicht das Angebot zur Weiterbildung zwar ausreichend sei, dass jedoch viele Pflegende, vor allem die älteren Kolleginnen und Kollegen, von den Angeboten keinen Gebrauch machen. Hierzu bezieht sie sich auf die aktuelle Situation, so wie sich diese in der Einrichtung darstellt:

Frau Radec (SPDL): „[...] Fortbildungen werden eigentlich genug angeboten. Aber ich merke auch, dass als ich hier angefangen habe, da haben wir viel mehr Leute gehabt, die an den Fortbildungen teilgenommen haben. Oder wollten irgendwelche Fortbildungen besuchen! Heute hängt diese Liste für Fortbildungen. Und dann muss man schon gezielt fragen: ‚Möchtest Du nicht dahin?‘ oder ‚möchtest Du nicht dahin?‘. Es gibt ja auch ‚Stressbewältigung‘ zum Beispiel. Und wenn ich merke, dass eine wirklich gestresst aussieht oder manchmal auch gestresst die Arbeit macht oder mit Hektik, dann biete ich an: ‚Möchtest Du nicht zu dieser Fortbildung fahren?‘ Da gibt es bestimmt gute Sachen, die uns auch helfen können! Irgendwie das Interesse/das Personal ist ja /. Ich habe oben sehr viele Schwestern, die schon über fünfzig sind. Ganz wenige junge Leute. Ob die dann weniger Interesse an den Fortbildungen haben? Und warten nur auf ihr Rentenalter?“ (Z. 330-342).

In den hier aufgeführten Details der Schilderung von Frau Radec (SPDL) zeigt sich aus ihrer Sicht, dass die Pflegenden offensichtlich das Interesse an den Angeboten der Fortbildungen durch die Einrichtung verloren haben. Selbst die Angebote zum Thema Stressbewältigung, welche die Interviewte persönlich als gute und sinnvolle Angebote wahrnimmt, werden nicht von

den Pflegenden besucht. Die Gründe, warum die jeweiligen Mitarbeiter in dieser Weise mit den Angeboten zur Fortbildung umgehen, konnten indes durch das Interview nicht näher erfasst werden. Insofern bedarf es einer weiteren Analyse auf dieser ausgewählten Akteursebene. Auf die Frage, womit dies zu tun haben könnte, bringt Frau Radec (SPDL) ihre Auffassung über die Umstände in den folgenden Zusammenhang:

Frau Radec (SPDL): „Ich denke, dass die Leute einfach lieber zu Hause bleiben möchten als zur Fortbildung zu gehen. Weil die schon müde sind“ (Z. 349-350).

Die Interviewte zieht in ihrer Deutung eine mögliche Berufsmüdigkeit zur Erklärung heran, die sie in Verbindung mit den älteren Pflegenden bringt, indem diese sich möglicherweise nach der Berentung sehnen.

Auch im Interview mit der Pflegedienstleiterin Frau Sauer (PDL) wird auf die immanente Nachfrage nach möglichen Angeboten der Einrichtung gefragt, um den Werthaltungen der Pflegenden – vor allem der jüngeren Pflegenden – mehr Aufmerksamkeit zukommen lassen zu können. Am Beispiel der Frage zu der möglichen Einführung „ethischer Fallbesprechungen“ wird das Folgende deutlich:

I: „Könnten Sie sich vorstellen, dass so Instrumente, wie eine ethische Fallbesprechung oder /?“

Frau Sauer (PDL): „Ja, das haben wir ja alles“

I: „Das haben Sie?“

Frau Sauer (PDL): „Wir haben das alles und /“

I: „Das ist es aber nicht?“

Frau Sauer (PDL): „Das ist es nicht!“

I: „Was ist es denn? Was glauben Sie, was fehlt?“

Frau Sauer (PDL): „Ja ich denke, bei den jungen Leuten muss man erst mal ans Wertverständnis erst mal (unv.)“

I: „Wertverständnis?“ (Z. 368-386).

Die Interviewte greift hier deutlich den Begriff des Wertverständnisses auf, an dem es nach ihrer Auffassung vor allem bei den jüngeren Pflegenden in der Pflegeprozessgestaltung mangelt. Sie begründet dies mit der Argumentation, dass die jungen Mitarbeiter aus einer Generation, einem

gesellschaftlichen Milieu stammen, in dem es offensichtlich an Wertverständnis fehlte, sodass der zwischenmenschliche Umgang dadurch beeinträchtigt ist. Frau Sauer (PDL) gibt hier nicht im Detail bekannt, um welche Werte es sich handelt, was ihrer Vorstellung nach fehlt, welche Werte es sind, die für einen wertschätzenden Umgang in der Gestaltung des Pflegealltags eine Bedeutung haben. Dennoch setzt sie in ihrer Argumentation voraus, dass man ihrer Ansicht nach mit der Arbeit an einem Wertverständnis beginnen müsste, „*daran muss man erstmal anfangen*“, bevor man eine konstruktive Zusammenarbeit der beiden Generation in der Einrichtung entwickeln kann. Sie begründet dies mit dem Argument, dass das Wertverständnis der älteren Mitarbeiter und das der jüngeren Mitarbeiter deutlich auseinanderklaffen. Sie erwähnt an dieser Stelle nicht, wen sie in der Verantwortung sieht, um das Werteverständnis zu schulen. Möglicherweise sieht sie diese Verantwortung im Rahmen des Ausbildungsverfahrens der Pflegenden verortet. In der Art und Weise, wie Frau Sauer (PDL) sich in dem Interview mitteilt, wird deutlich, dass sie von der Einführung – beispielsweise des Instrumentes „ethische Fallbesprechung“ – Abstand nimmt und sich sehr stark davon distanziert. Es scheint, als ob sie verdeutlichen möchte, dass kein Instrument, kein Tool, keine Technik fehlt, sondern es an einer Haltung mangelt.

Im Gegensatz zu den vorangegangenen Schilderungen zu den bestehenden Fortbildungen einerseits und der fehlenden Inanspruchnahme der Angebote durch die Pflegenden andererseits wird im Falle von Frau Mücke (PDL) ein Gegenbeispiel deutlich. Sie erwähnt in ihren Schilderungen in positiver Weise ein Fortbildungsangebot des Trägers, bei welchem eine spirituelle Begleitung im Vordergrund steht. Dieses Angebot, das der Arbeitgeber anbietet, wird von der Interviewten als interessant hervorgehoben, da nicht jedes Unternehmen ein Angebot in dieser Form bereitstellt. Sie bemerkt allerdings, dass man „*sich aber darauf einlassen können*“ müsse:

Frau Mücke (PDL): „Also, ich denke, dass, wie ich schon gesagt habe, offen die Sache ansprechen. Wenn ich merke, jemand hat auch starke Probleme und erkrankt deshalb, dann biete ich auch immer an, dass es die Möglichkeit gibt mit der spirituellen Begleitung da in [REDACTED], dass die Mitarbeiter sich da mal informieren können. Ich denke, das ist vom Arbeitgeber ja auch zusätzlich. Eine tolle Sache, dass es so etwas gibt. Man muss sich aber darauf einlassen können. Da fängt ja auch ein Prozess an, wo man auf sich selber schaut und dann auch etwas verändern kann, Möglichkeiten findet. Also das biete ich dann immer an und sage: ‚Hier habt Ihr die Adresse. Ich kann Euch das ja mal geben. Hier könnt Ihr mal schauen, ob Ihr Euch einen Termin nehmen wollt.‘ Wenn ich jetzt merke, es ist irgendwie in der Richtung, es kommen private Sorgen noch dazu und so. Und das denke ich, das ist von uns aus wirklich / das hat ja auch nicht jedes Unternehmen“ (Z. 517-528).

Die Pflegedienstleiterin Frau Mücke (PDL) sieht in dieser Art der Unterstützung offensichtlich eine gute Möglichkeit der Auseinandersetzung, um in Konfliktsituationen neue Formen der Lö-

sungsstrategien zu erfahren, die nützlich sind. Vor allem aber erwähnt sie mit Nachdruck den Hinweis, dass man durch eine aktive, eigene Auseinandersetzung und Reflexion Möglichkeiten sehen lernt, um Veränderungen aktiv gestalten zu können. In ihrer Art und Weise, wie sie das Angebot beschreibt, dem sie selbst positiv gegenübersteht, „eine tolle Sache“, „dass es so etwas gibt“, offenbart sich auch, dass die Interviewte innovativen Ideen offen gegenübersteht. Diese bieten Möglichkeiten, das eigene Verhalten, die eigenen Haltungen und Handlungsorientierungen zu reflektieren. Sie hebt abschließend noch einmal hervor, dass sie das – für sie offenbar „besondere Angebot“ des Arbeitgebers – schätzt und dass sie dieses Angebot nicht als selbstverständlich erachtet.

5.5.2 Werthaltung, Führungsverständnis und Kulturgestaltung

Im Sinne Bourdieus kann davon ausgegangen werden, dass das Selbstverständnis der Einrichtungen ihre Unternehmenskultur wesentlich bestimmt (vgl. Kap. 2.4). An dieser Unternehmenskulturgestaltung sind maßgeblich die leitenden Akteure beteiligt, da sie in ihrer Orientierung dazu aufgefordert sind, durch ihre Werthaltungen in der alltäglichen Handlungspraxis Stellung zu beziehen und hierdurch die Entwicklungen der Einrichtungen prägen. In diesem Zusammenhang zeigt sich auch in den Relevanzstrukturen der Akteure in der vorliegenden Studie, dass ihrem jeweiligen Führungsverständnis Werthaltungen zugrunde liegen, die das Feld strukturieren.

Mit den nachfolgenden Interviewabschnitten sollen die handlungsleitenden Orientierungen und das Führungsverhalten der leitenden Akteure der oberen Managementebene (PD) sowohl aus der Grundtypik (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung* als auch aus der Grundtypik (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* rekonstruiert werden. Von Bedeutung ist in diesem Kontext die Frage, inwiefern die Akteure auch unter dem Einfluss der Ökonomisierung durch ihre Werthaltungen bestimmt sind und die Kultur der Einrichtungen prägen.

Hierzu beginnt der Einrichtungsleiter Herr Fuchs (PD) zu erzählen, dass der Träger im Laufe der letzten Jahre immer wieder auch Veranstaltungen zu ethischen Themen und zum Verständnis des Leitbildes angeboten habe:

Herr Fuchs (PD): „Es ist glaube ich sehr schwierig, weil, wir haben im Laufe der Jahre immer wieder große Veranstaltungen gehabt auch über die Trägerschaft zu dem Thema Ethik, Leitbildverständnis, diese ganzen Dinge, alles was damit zusammenhängt. Was dann halt auch hier im Hause seitens der entsprechenden Ethikbeauftragten des Trägers vorgestellt wurde. Was man sich auch anhört und sagt, ja das ist ganz interessant. So habe ich das noch gar nicht gesehen. Aber ich sage mal, das ist eigentlich nur noch einmal so eine Momentaufnahme. Dann ist die Veranstaltung um. Man geht wieder zurück

in seinen Alltag. Und es ist immer die Frage, Was nehme ich davon letztendlich von mit? Und meiner Meinung nach ist es immer besser, so etwas vorzuleben. Dass halt auch Mitarbeiter merken, wie geht denn die Leitung überhaupt damit um. Und das ist glaube ich das Entscheidende. Dass man halt jeden Tag auch als Leitung nicht nur präsent ist, sondern auch mit seiner Art zeigt, wie sehe ich das denn hier. Ich sehe es, glaube ich, wirklich so, das ist eher zielführend“ (Z. 418-431).

Herr Fuchs (PD) bezeichnet diese Angebote des Trägers mit der Metapher „*diese ganzen Dinger*“, womit er die Relativität des Angebotes zum Ausdruck bringen möchte. Dennoch dokumentiert sich in seinen weiteren Schilderungen, dass er den Inhalten der Veranstaltungen durchaus einen Sinn entnehmen kann, da ein bestimmtes Interesse geweckt wird, das ihn offensichtlich zur Reflexion anregt. Er bezeichnet die Anregungen, die er durch die Weiterbildungen erfährt, jedoch als „*eine Momentaufnahme*“, da, wenn die Situation des Berufsalltags wieder einkehrt, die alltäglichen Rahmenbedingungen in der Berufspraxis wieder im Vordergrund stehen und damit verbunden die Reflexion über das Gehörte erneut in den Hintergrund gerät. In der Beschreibung des Interviewten deutet sich an, dass die Rahmenbedingungen des Berufsalltages wenig Zeit und Raum bieten, um durch eine nachhaltige Reflexion die unmittelbare Berufspraxis in einer angemessenen und nachhaltigen Weise zu beeinflussen. Aus seiner Frage: „*Was nehme ich davon letztendlich mit?*“ geht hervor, dass er die inhaltliche Auseinandersetzung mit den Themen dieser Fortbildung nicht uninteressant findet. Dennoch ist seiner abschließenden Formulierung zu entnehmen, dass es immer besser sei, „*so etwas vorzuleben*“. Hierin dokumentiert sich sein Führungsverständnis, indem er sein Wertverständnis von Pflege den Mitarbeitern als Orientierung anbietet. Wissend um seine eigenen Wertvorstellungen und Werthaltungen ist Herr Fuchs (PD) bestrebt, sein Ethos zum Ausdruck zu bringen und als Vorbild weiterreichen zu wollen. Er ist überzeugt von der Richtigkeit seiner Handlungsorientierung, die sich in seinem impliziten Wissen und Können manifestiert und auf die er im Innersten vertraut. Er sieht in diesen, seinen Erfahrungswerten, eine Möglichkeit, diese Form der Vorbildrolle weiter zu verwirklichen, indem er als Führungsverantwortlicher ein Beispiel geben möchte, an dem sich die Mitarbeiter der Pflege orientieren können. Indem er deutlich hervorhebt, dass nicht nur die „bloße“ Anwesenheit der Führungsperson wichtig ist, sondern dass die Haltung der Führungsverantwortlichen maßgeblich ist, die schließlich von den Mitarbeitern wahrgenommen, beobachtet und nachvollzogen werden muss, sieht er das Ziel seiner Verantwortung verwirklicht. Es zeigt sich in homologer Weise sein Orientierungsrahmen der Grundtypik (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung (Typus A, Professionalität und Eigenverantwortung)*. Herr Fuchs (PD) gibt als Verantwortlicher für die Leitung in seiner Handlungsorientierung in der täglichen Praxis aktiv die „Richtung vor“, die in der Folge die Strukturen und das Klima der Einrichtung maßgeblich bestimmen. Obwohl an dieser Stelle der Eindruck entstehen könnte, dass

Herr Fuchs (PD) glaubt, nichts mehr dazulernen zu können, zeigt sich, dass auch er bereit ist, sich mit neuen Sichtweisen und Anregungen zur Reflexion „*Was man sich auch anhört und sagt, ja das ist ganz interessant. So habe ich das noch gar nicht gesehen*“ auseinanderzusetzen.

Auch in den Beschreibungen der Pflegedirektorin Frau Lutz (PD) zeigt sich eine Handlungsorientierung, die sich unmittelbar durch ihre Werthaltung auf die Kulturgestaltung der Einrichtung auswirkt.

Frau Lutz (PD): „Also, was sie den Mitarbeitern immer bieten müssen ist, sie müssen einen Pool haben mit Aushilfskräften. Der muss sehr groß sein, damit der Mitarbeiter zu seiner Freizeit kommt. Dass die Überstunden im Rahmen gehalten werden, dass die wirklich / Arbeitszeit ist Arbeitszeit und Freizeit muss Freizeit bleiben. Dass man einmal in ganz schlimmen Situationen darauf zurückgreifen muss, dass man sagt: ‚darf ich Ihre Freizeit antasten?‘ ja, das wird es immer mal geben. Ja, aber das muss sehr selten sein. Man muss einen Pool haben von Mitarbeitern, der diese schicksalhaften Einbrüche deckt. Das ist in meinen Augen ein absolutes Muss, weil man da sonst kaputt geht. Die heutige Arbeit, die ist so anstrengend und so konzentriert, das haben wir ja schon besprochen, was wir unseren Mitarbeitern abverlangen. Dass die Freizeit fast unantastbar sein muss.“ (Z. 337-347)

In der Art und Weise der Schilderung der Interviewten, in der sie sich vehement dafür ausspricht, dass es „ein absolutes Muss“ ist, den Pflegenden ihre freie Zeit auch einzuräumen, zeigt sie eine Facette ihrer Handlungsorientierung, die den dokumentarischen Sinngehalt ihres handlungsleitenden Erfahrungswissens als Führungsverantwortliche sehr stark widerspiegelt. In ihrer Äußerung, dass „die Freizeit fast unantastbar sein muss“, setzt sie sich für eine aktive Grenzziehung ein, die aus ihrer Sicht zwingend nötig ist, um die Pflegenden vor einer grenzenlosen Überforderung und einer damit verbundenen maximalen Beanspruchung zu schützen. Sie tut dies, indem sie durch den organisierten Einsatz von Aushilfen dafür Sorge trägt, dass den Mitarbeitern dieser Freiraum gewährt wird. Hiermit trägt sie aktiv zur Kulturgestaltung der Einrichtung bei, indem sie sich in aller Deutlichkeit für eine menschliche, verständnisvolle und die Pflegenden schützende Position einsetzt. Deutlich wird an dieser Stelle, dass die Zuordnung der Akteurin zur Grundtypik (*Typ II Ablehnung der Ökonomisierung* (*Typus A, Verneinung und Ohnmacht*), die primär durch eine ablehnende Haltung gegenüber der Ökonomisierung geprägt ist, nicht nur eine Passivität durch Ohnmacht zum Ausdruck kommt. Hier zeigt sich eine Ambivalenz, die sich in einer aktiven und entschlossenen Haltung niederschlägt, mit der sie bereit ist, sich schützend für die Interessen der Pflegenden einzusetzen. Diese Haltung findet auch da ihren Ausdruck, wo sie sich in einer Art Plädoyer für die Verbundenheit mit den Pflegenden ausspricht und an einem „Wir-Gefühl“ festhält, das sinnbildlich für Gemeinsamkeit in Verbundenheit steht, für das sie sich engagiert und einsetzt:

Frau Lutz (PD): „Ich bin als Leitung immer Vorbild. Ich kann nur das den Mitarbeitern abverlangen, was ich selber bereit bin zu geben. Und, die Mitarbeiter sind immer dankbar, wenn sie, ja aufmunternde Worte der Chefin, wenn sie selber mit vielleicht sogar vor Ort ist, wenn sie mit anpackt, wenn sie Trost gibt, wenn sie Verständnis zeigt, wenn sie zuhört. Das kann man schon machen. Also die Mitarbeiter / dass wir immer sagen: ‚Wir‘, ‚wir‘ schaffen das. Das dürfen aber dann keine hohlen Worte sein. Man muss mit dem Wir / muss auch Unterstützung und Taten folgen“ (Z. 353-360).

Aus den Schilderungen von Frau Lutz (PD) wird deutlich, dass sie aus ihrem Führungsverständnis heraus die Pflegenden durch ihre Vorbildhaltung aufbauen, aufrichten, sie unterstützen, ja „aufmuntern“ möchte, indem sie sehr stark Anteil nimmt an dem unmittelbaren Alltagsgeschehen in den Arbeitsbereichen. In ihren Schilderungen und Beschreibungen verdeutlicht sich, dass sie in einem „Wir-Gefühl“ die nötige Kraft sieht, um die Arbeitsleistungen auch bewältigen zu können und dies auch bei den Mitarbeitern fördert. Dies, indem sie immer wieder sagt: „wir, wir schaffen das.“ In der Betonung, dass dies allerdings „keine hohlen Worte“ sein dürften, zeigt sich, dass sie in ihrer Haltung sich selbst auch diesem Gedanken verpflichtet fühlt, um wirklich glaubhaft die gemeinsame Arbeit zu unterstützen sowie zu stärken und nur dergestalt auf die Kultur Einfluss nehmen kann.

5.5.3 Wertwahrnehmung, Wertbildung und Klima des Miteinanders

Auch die implizite Nachfrage nach möglichen Angeboten zur Wertsensibilisierung und zur Unterstützung des gemeinsamen Umgangs untereinander bot eine Möglichkeit, die Relevanzstruktur der Akteure hinsichtlich dieses Aspektes einzufangen. So zeigt sich beispielsweise in einem Interviewauszug mit der stellvertretenden Pflegedienstleiterin Frau Käfer (SPDL) das Folgende:

Frau Käfer (SPDL): „Aus dem Bauch heraus würde ich jetzt direkt ja sagen. Also ich habe mir jetzt da auch noch keine Gedanken /. Also es ist jetzt mal eine ganz neue Anregung. Würde ich aber spontan ja für sagen, weil / es ist doch / Im Alltag gehen so viele Sachen dann unter und man – ich glaube man sagt im Alltag auch viele Sachen oder macht auch viele Sachen, die eigentlich gar nicht so rüberkommen sollen, wie sie vielleicht dann doch rüberkommen und wenn man dann gerade in solchen Situation darauf aufmerksam gemacht wird / hör mal hier, das ist jetzt so und so bei mir angekommen dass sich wahrscheinlich viele Sachen / man macht sich manchmal das Leben selber schwer sozusagen. Also man hat im Grunde schon genug mit seiner Arbeit zu tun, aber dieses ganze drum herum diese kleinen Konflikte die da sind, die einen doch ziemlich aufreiben. Also dass könnte ich mir schon ziemlich gut vorstellen, wenn da einer ist, der einen aufmerksam macht, ja“ (Z. 648-659).

Aus den Schilderungen der Interviewten ist zu konkludieren, dass sie die Arbeit oder eine Unterstützung im Rahmen einer Wertsensibilisierung oder Werthaltung bisher von sich aus gar nicht in Erwägung gezogen hat. Indes bejaht sie die Möglichkeit intuitiv, ohne darüber nachzudenken,

„aus dem Bauch heraus“, weil sie hiermit offenbar auf der Gefühlsebene etwas verbindet, das ihr angenehm erscheint. Sie erwägt die Möglichkeit mit einer solchen Prozessarbeit und der Arbeit an einer respektvollen Haltung im Umgang miteinander und im Umgang mit den Bewohnern, nachdem dieser Impuls durch die Interviewte im Dialog an sie herangetragen wurde. Sie sieht in der bewussten Auseinandersetzung mit den Fragen zur Werthaltung, indem man darauf „aufmerksam gemacht“ wird, eine Möglichkeit, den „kleinen Konflikten“, die sie als „ziemlich aufreibend“ erfährt, entgegenzuwirken. Analog der Grundtypik (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung (Typus A, Professionalität und Eigenverantwortung)* zeigt sich auch hier ein Orientierungsrahmen, indem die stellvertretende Pflegedienstleiterin Frau Käfer (SPDL) offen und aktiv auf Möglichkeiten zugeht, die sie in ihrer Verantwortung unterstützen und stärken können. Auch aus den Schilderungen von Frau Mücke (PDL) zu den Möglichkeiten der Unterstützung eines wertorientierten Miteinanders geht das Nachfolgende hervor:

Frau Mücke (PDL): „Ja, das müsste als Standard im Hause mehr verankert werden. Das könnte man vielleicht in der Regelkommunikation zum Thema machen. Wenn man sich trifft. Ich sage, wir machen montags morgens immer Regelkommunikation. Dass wir das zum Thema aufnehmen würden. Oder, auch in den Teamgesprächen alle vier bis sechs Wochen in Teamsitzungen. Dass man das fest damit rein nehmen würde. Und würde das darin regelmäßig kommunizieren, dass das ein TOP ist, ein Tagesordnungspunkt ist. Das könnte ich mir vorstellen, dass man das so noch stärker in den Fokus nehmen könnte, um miteinander darüber zu sprechen“ (Z. 559-566).

In der Darstellung von Frau Mücke (PDL) wird deutlich, dass auch sie durchaus offen ist für weitere Maßnahmen, die zu einer innovativen Entwicklung vor allem im Bereich der Wertwahrnehmung beitragen können. Sie macht aktive Vorschläge, um diese Aspekte in die Einrichtung einzuführen und um sie damit „stärker in den Fokus“ zu stellen. Hierbei räumt sie ein, dass es sinnvoll sein könnte, diese Maßnahmen als standardisierte Prozesse in die Einrichtung aufzunehmen. Vor allem greift sie in ihrer Begriffswahl auf einen Aspekt des Regelhaften zurück: „Regelkommunikation“, „alle vier bis sechs Wochen“, „regelmäßig kommunizieren“ und attribuiert hiermit, dass durch immer wiederkehrende, regelmäßig kommunizierte, sich wiederholende Maßnahmen eine Sensibilisierung und Wahrnehmung von Werten stattfinden könnte. Diese könnten zur Erhaltung, Förderung und Weiterentwicklung von Werthaltungen beitragen. Auch im Falle Frau Mücke (PDL) zeigt sich an dieser Stelle in homologer Weise ein offener, aktiver und innovationsbereiter Handlungsrahmen, der die Grundtypik (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung (Typus A, Professionalität und Eigenverantwortung)* charakterisiert.

Die Bedeutung der Wahrnehmung von Werten auf das Klima des Miteinanders geht auch aus der nachfolgenden Interviewpassage mit Frau Lutz (PD) hervor:

Frau Lutz (PD): [...] Wenn ich morgens als Chefin / muss ich sehen, wem geht es heute nicht so gut? Wer hat wieder eine Migräneattacke im Anzug? Wer hat zuhause die Mutti sterbend? Wer hat ein Kind, das in der Schule Probleme hat? Das muss ich sehen und spüren, ohne dass ich da so ein Palaver mache [...]“ (Z. 699-673).

In dem hier gewählten Beispiel der Interviewten werden ihre Werthaltung und ihre damit verbundene Handlungsorientierung ablesbar, die sich vor allem auch in einer Anteilnahme an dem Leben ihrer Mitarbeiter manifestiert. Indem sie den Begriff „Palaver“ wählt, zeigt sich, dass es nicht darum geht, mit „großen Gesten“ und ohne Reichtum an Inhalt überzeugen zu wollen. Es sollte ihrer Meinung nach vielmehr darum gehen, aus der inneren Haltung heraus die menschliche Zugewandtheit in den unterschiedlichen Alltagssituationen der Pflege in den Vordergrund zu stellen. Dies gilt es fühlbar zu machen, „ohne dass ich da so ein Palaver mache“. Mit der gewählten Metapher „Palaver machen“ drückt sie vor allem auch aus, nicht oder nicht zu viel darüber zu sprechen, sondern etwas auch als gegeben annehmen zu können (bspw. besondere Belastungen) ohne großes Aufsehen zu erregen. Dies auch, damit sich jemand nicht zusätzlich belastet fühlen muss, weil so viel „Palaver“ darum gemacht wird, dass er belastet ist, sondern dass dieser Umstand eher stillschweigend gewusst und ebenfalls berücksichtigt wird. Es ist zu vermuten, dass die Interviewte hier andeuten möchte, dass die Einführung von Maßnahmen sich ohne großes „Aufsehen“ vollziehen sollte, da ein ehrlich gefühltes Interesse und eine ehrliche Absicht in der Haltung im Vordergrund stehen sollte und es nicht darum geht, in inflationärer Weise neue Konzepte einzuführen, „die nicht halten, was sie versprechen.“

In der nachfolgenden zweiten Sequenz des Interviewabschnittes wird deutlich, wie sehr ihrer Ansicht nach auch durch die vielen eingeführten Regeln ein natürliches Gespür für diese innere Haltung verloren geht:

Frau Lutz (PD): [...] Aber, ich glaube, wir wissen gar nicht mehr genau wie das geht, weil wir diese Vorgaben haben. Du musst, du musst, du musst, dieser Weg, dieser Pfad, diese Richtlinie, die lässt kaum mehr Spielraum, um mal etwas Unausgesprochenes zu erleben. Dass ich fühle, wie geht es meinem Mitarbeiter. Das höre ich schon am Guten-Morgen-Gruß. Und da muss ich natürlich auch handeln und gucken, wie geht das weiter? Aber dieser Gedanke ist ganz gut. Ich würde ihn nur verpackt einführen und würde ihn auf die Teambesprechung mit rüberbringen“ (Z. 676-683).

Auch aus dieser weiteren Beschreibung der Interviewten geht hervor, wie sie die aktuelle Situation in der Pflegeeinrichtung wahrnimmt. Sehr konkret beschreibt sie dabei, dass unter den gege-

benen Arbeitsanforderungen ein gewisser Druck entsteht, der vor allem von den äußeren Rahmenbedingungen ausgeht, und der durch die vorgegebenen „*Richtlinien*“ zu wenig bis keinen „*Spielraum*“ bietet und kaum einen gewissen „Handlungsspielraum“ zulässt, um empfindsam auf die Ebene der zwischenmenschlichen Kontakte einzugehen. Die Interviewte bringt in ihren Schilderungen vor allem zum Ausdruck, dass gerade in der Wahrnehmung dieses emotionalen Raums sich wesentliche Aspekte herauskristallisieren, die zur Gestaltung der Werthaltung von Bedeutung sind, um individuell auf die Fragen und Bedürfnisse der Mitarbeiter eingehen zu können. Analog zur Grundtypik (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* wird auch hier in homologer Weise deutlich, dass die Erfahrungen der Pflegedirektorin Frau Lutz (PD) mit den Maßnahmen und Strategien im Rahmen der Ökonomisierung eine Einschränkung der Handlungsautonomie und der eigenen Verantwortungsgestaltung verbunden sind. Sie geht davon aus, dass durch die bereits vielen bestehenden normativen Vorgaben die Pflegenden befangen sein könnten, um Neues vorbehaltlos aufnehmen zu wollen und zu können. Daher plädiert sie dafür, Maßnahmen zur Wertsensibilisierung „verpackt“ einzuführen, d. h. in einer Form, die wenig Aufsehen erregt und doch in ihrer Anwendung wirksam sein sollen.

Zusammenfassende Darstellung

Die Auseinandersetzung mit der Fragestellung nach den Unterstützungsmaßnahmen der Einrichtungen, die ihren Akteuren angeboten werden, um diese im Rahmen der fortschreitenden Ökonomisierung zu begleiten, konnten die nachfolgenden Subkategorien aus den Relevanzsetzungen der Akteure rekonstruieren: (1) *Unterstützungsangebote durch die Einrichtungen*, (2) *Werthaltung, Führungsverständnis und Kulturgestaltung*, (3) *Werthaltung und Klima des Miteinanders*. Hierin konnte gezeigt werden, dass die (1) *Unterstützungsangebote durch die Einrichtungen* für die Akteure auf allen Verantwortungsebenen (PD, PDL, SPDL) nicht das beinhalten, was sie sich an Unterstützung wünschen, obwohl ein Interesse an neuen Impulsen zur Reflexion durchaus besteht. Ferner konnte belegt werden, dass die Angebote durch die Einrichtung vor allem durch die älteren Pflegenden nicht unbedingt in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass unter der Perspektive der Innovation in der Versorgungsforschung des Gesundheitswesens vor allem im *organisatorisch-sozialen* Bereich auch im vorliegenden Untersuchungsfeld mögliche Potenziale bestehen. Diese liegen bei den Akteuren der mittleren und unteren Managementebene (PDL, SPDL) vor allem im Bereich der Wertwahrnehmung und der Wertsensibilisierung, da sie gerade in diesen Angeboten eine willkommene Möglichkeit sehen, das eigene Verhalten, die eigenen Haltungen und Handlungsorientierungen kritisch zu reflektieren. Sie erhoffen sich hierdurch eine mögliche Entlastung in den täglichen „großen“ und „kleinen“ Konfliktsituationen.

In der Subkategorie (2) Werthaltung, Führungsverständnis und Kulturgestaltung konnte gezeigt werden, dass vor allem den Akteuren des oberen Managements (PD) aus beiden Grundtypiken (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung*, (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* ihrem jeweiligen Führungsverständnis eine Werthaltung zugrunde liegt, die das Geschehen in den Einrichtungen maßgeblich strukturiert und die Kultur der jeweiligen Einrichtung somit deutlich mitbestimmt. Es konnte deutlich hervorgehoben werden, dass beide Akteure, sowohl Frau Lutz (PD) als auch Herr Fuchs (PD) (auch) unter dem Einfluss oder gerade durch den Einfluss der Ökonomisierung in ihren impliziten Werthaltungen zwar berührt sind, was sie aber nicht dazu bewegt, diese zu verleugnen. Sie setzen sich – ganz im Gegenteil – deutlich für die Überzeugung ihrer Werte ein und versuchen diese, gestützt durch ihr Erfahrungswissen, in ihrer Funktion als Vorbild vorzuleben. Sie erkennen gerade in diesem Rahmen ihre Verantwortung, sowohl ihre Professionalität und Sachverständigkeit als auch ihre menschliche Haltung der Zuwendung, Unterstützung und Förderung zum Ausdruck zu bringen.

In der Subkategorie (3) *Wertwahrnehmung, Wertbildung und Klima des Miteinanders* konnte auf der Akteursebene des mittleren und oberen Managements (PD, PDL) aus beiden Grundtypiken (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung*, (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* gezeigt werden, dass in Unterstützungsmaßnahmen zur bewussten Wahrnehmung von Werten unausgeschöpfte Potenziale bestehen, die durch die Reflexion „aufreibender Konflikte“ zur Wertbildung beitragen. Hierin konnten neue Möglichkeiten zur Förderung einer Verbesserung sowohl in der Zusammenarbeit mit den Bewohnern als auch mit den Mitarbeitern und Kollegen entdeckt werden. Darüber hinaus zeigte sich, dass die interviewten Akteure sehr wohl deutliche Vorstellungen darüber aufweisen, wie Maßnahmen zur Wertbildung ziel- und lösungsorientiert in die tägliche Arbeitsprozessgestaltung eingeführt werden können und damit verbunden zur Harmonisierung des gemeinsamen Miteinanders beitragen. Zur Orientierung eines werteorientierten Miteinanders stehen vor allem die Aspekte der Regelmäßigkeit in der Akzentsetzung der Wertsensibilisierung im Vordergrund. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass die Akteure eine Zurückhaltung der Einführung von „aufwendigen Instrumenten“ und „Tools“ empfehlen, die vielversprechend scheinen, aber in ihrer Wirkung nicht durchdringend und nachhaltig sind. Ein deutlicher Akzent liegt hier vor allem auf der Haltungsfrage, die die Akteure mit der Wertbildung in Zusammenhang bringen.

6 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

In dem nachfolgenden Kapitel werden die wesentlichen Ergebnisse der Arbeit zusammenfassend erörtert. Ausgehend von der These eines dauerhaften Strukturwandels im Gesundheitswesen bestand das Ziel der Analyse darin, den Einfluss dieses Wandels für die Einrichtungen und die handlungsleitenden Orientierungen der Akteure im Feld der vollstationären Langzeitpflege zu rekonstruieren.

Mit diesen Ergebnissen spitzen sich die verbindenden Thesen zwischen den theoretischen Annahmen zu Theorie und Praxis pflegerischer Werthorizonte (vgl. Kap. 2) und den empirischen Aussagen der Akteure in ihrer Rekonstruktion zu einer empirischen Relevanz zu (vgl. Kap. 5).

Hierzu soll im Folgenden in einer Zusammenfassung auf die Relevanz der ökonomischen Rationalität für die Versorgungsstrukturen und die handlungsleitenden Orientierungen der Akteure eingegangen werden (vgl. Kap. 6.1). In einem weiteren Schritt sollen die feldtheoretischen Annahmen der empirischen Relevanz der Entwicklung des Feldes gegenübergestellt werden (vgl. Kap. 6.2). Im Anschluss daran wird die rekonstruierte Heterogenität der handlungsleitenden Orientierungen aus der Perspektive der Ökonomisierung (vgl. Kap. 6.2.1) sowie aus der Perspektive der Wertsphäre (vgl. Kap. 6.2.2) dargestellt. Mit der anschließenden Zusammenfassung der ausdifferenzierten Typologien sollen in der Diskussion der Ergebnisse die Implikationen für die Versorgungsforschung und die -praxis formuliert werden (vgl. Kap. 6.2.3). Abschließend werden die Ergebnisse und Befunde der rekonstruierten Innovationsperspektive für die pflegerische Versorgungspraxis aufgezeigt (vgl. Kap. 6.3).

6.1 Ökonomischer Strukturwandel und die Relevanz der ökonomischen Rationalität

Die Ergebnisse der Studie, die sowohl aus dem kommunikativen Wissen der Akteure als auch aus ihren impliziten Erfahrungshintergründen rekonstruiert wurden, bestätigen insgesamt eine deutliche Relevanz der ökonomischen Rationalität für die Handlungspraxis der Akteure in den Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege. Diese Relevanz zeichnet sich gleichsam für die Akteure der oberen, mittleren und unteren Managementebene ab, sodass die Ergebnisse wichtige Erkenntnisse zu den Auswirkungen der fortschreitenden Ökonomisierung in den Einrichtungen bieten. Hierzu gehört vor allem der ökonomische Strukturwandel, der die Einrichtungen zu innovativen Prozessen auffordert, um den veränderten Strukturen von Angebot und Nachfrage der Gesundheitsleistungen dergestalt zu begegnen, dass sie zu einer marktfähigen Perspektive beitra-

gen. Die genaue Relevanz der ökonomischen Rationalität konnte anhand des Stufenmodells nach Schimank/Volkman (2008) aufgezeigt werden. Hierbei ist gemäß der Stufe 3 der insgesamt fünf Ökonomisierungsgrade für alle Akteure der Einrichtungen von Bedeutung, dass ihr Handeln durch die formulierten Zielvorgaben und die verantwortliche Einhaltung der Budgets zu einer Verlustvermeidung im Sinne einer „Muss-Erwartung“ bestimmt ist. Somit ist von einer Schwächung der Feldautonomie im Sinne Bourdieus auszugehen, indem die Autonomie der Akteure in Teilen beschnitten wird (vgl. Kap. 5.1). Dies spiegelt sich besonders in der Rationierung von Sach- und Personaldienstleistungen wider. Ebenso bedeutend ist, dass die ökonomischen Anforderungen von den befragten Akteuren in Abhängigkeit von ihrer verantwortlichen Position im Feld unterschiedlich wahrgenommen werden. Dies zeigt sich vor allem da, wo die Vermeidung eines „unnötigen“ Ressourceneinsatzes – insbesondere im Personalbereich – und die damit verbundenen Einschränkungen der Ressourcen mit absteigender Position der Akteure im Feld und einer zunehmenden Nähe zur pflegerischen Versorgungspraxis für die Handlungspraxis an Bedeutung gewinnt. Hiermit verbunden ist eine unterschiedliche Wahrnehmung der Akteure über die Graduierung der Belastung. Ganz besonders betrifft dies die stellvertretenden Pflegedienstleitungen, die sowohl mit der Steuerung des Pflegeprozesses als auch mit praktischen Pflege Tätigkeiten beauftragt sind. Hier steht speziell der Zeitdruck als Belastung im Vordergrund, der mit der fortlaufenden Optimierung der Arbeitsprozesse und einer damit verbundenen Zunahme der Arbeitsverdichtung in engem Zusammenhang steht (vgl. Kap. 5.2.2.1). Vor allem die Akteure der mittleren und unteren Managementebene erfahren hierdurch eine Einschränkung, in „adäquater“ Weise auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen eingehen zu können. Vor diesem Hintergrund haben sich in den Einrichtungen zunehmend Spannungsverhältnisse zwischen den ökonomischen Anforderungen und der pflegerischen Handlungspraxis entwickelt, denen die Akteure durch unterschiedliche Handlungsstrategien begegnen. Hierbei fällt der Blick der Akteure ganz besonders auf die Notwendigkeit einer guten Zusammenarbeit innerhalb der Teams, da sie mit einem guten Klima eine sinnvolle Unterstützung zur Bewältigung des Versorgungsalltages verbinden. Insgesamt dokumentiert sich ein einfühlsamer und wohlwollender Umgang der Führungskräfte mit den Pflegenden, indem sie bestrebt sind, die Mitarbeiter dahingehend zu unterstützen, dass die Arbeit auch unter den engen zeitlichen und personellen Bedingungen geleistet werden kann.

Die Führungskräfte aller Verantwortungsebenen pflegen einen offenen und transparenten Umgang mit den ökonomischen Zielvorgaben, sodass alle Beteiligten ihre Handlungspraxis einer betriebswirtschaftlichen Gesamtlogik zuordnen können. Die Auseinandersetzung mit den wirt-

schaftlichen Vorgaben und die Konsequenzen der Rationalisierungsmaßnahmen sind für alle Akteure gleichermaßen in ihrer Arbeit von Bedeutung und bestimmen ihre tägliche Handlungspraxis in signifikantem Maß mit. Zur Sicherstellung der Einhaltung ökonomischer Vorgaben stehen ihnen hierzu Kennzahlen und Instrumente zur Verfügung, die sie in einem selbstverständlichen Umgang anwenden und beherrschen. Diese spielen vor allem bei der Steuerung der Personaleinsatzplanung sowie bei der Belegung der Wohnbereiche eine Rolle und sollen so die wirtschaftliche Steuerungspraxis der Akteure sicherstellen (vgl. Kap. 5.1.2).

Insgesamt können die ökonomisch bedingten Veränderungen als eine Art „Paradigmenwechsel“ in der ökonomischen Steuerungspraxis der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen zusammengefasst werden. Hierin zeichnen sich durch die Stärkung des Strukturausbaus der ambulanten Pflege die Folgen der Inanspruchnahme von Leistungen in den Langzeitpflegeeinrichtungen ab, die insbesondere durch einen späten Heimeinzug, eine damit verbundene verkürzte Verweildauer und eine gewachsene Nachfrage nach Kurzzeitpflegeplätzen determiniert sind. Vor allem trägt die verkürzte Krankenhausverweildauer zu einer veränderten Angebotsstruktur bei, da diese vermehrt behandlungspflegerische Aspekte nach sich zieht (vgl. Kap. 5.2.1).

Die Akteure nehmen diese Veränderungsprozesse aus der Perspektive ihrer jeweiligen Verantwortung und ihrer jeweiligen Position im Feld auf unterschiedliche Art und Weise wahr. Ihre Einschätzung hierzu reicht beispielsweise von einem aktiven und engagierten Aufgreifen des Angebotes der Kurzzeitpflege als Möglichkeit des „Marketings“ zur Gewinnung potenzieller Pflegebedürftiger (Pflegedienstleitung) bis hin zu der Wahrnehmung einer deutlichen Mehrbelastung der Pflegenden, die langfristig die Beständigkeit der Einrichtung gefährden könnte (Heimleitung).

Gleichwohl wird die Entwicklung der Qualität pflegerischer Versorgung unter den zunehmenden betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen von den Akteuren überwiegend als positiv aufgefasst. Im Vordergrund dieser Bewertung steht vor allem der Respekt vor den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner und deren Möglichkeit zur Selbstbestimmung. Dies erstaunt umso mehr, da nahezu alle Akteure gleichzeitig beklagen, dass durch die zunehmende Arbeitsteilung die Gestaltung des zwischenmenschlichen Kontaktes zu wenig Berücksichtigung findet. Darüber hinaus zeigt sich in einem Kontrast, dass mit der Darstellung einer wahrgenommenen Fehlbedarfsplanung der Versorgungspraxis ein Qualitätsverlust verbunden wird. Hier wird eine paradoxe Entwicklung der Ökonomisierungsbestrebungen sichtbar, indem die tatsächliche Angebotsform der Betreuung nicht den tatsächlichen Pflegebedarfen der chronisch- und Langzeiterkrankten entspricht und somit das Ziel der Versorgungspraxis verfehlt.

Mit der Öffnung der Markt- und Wettbewerbsstrukturen sind für die untersuchten Einrichtungen nicht nur Konsequenzen durch die Veränderung der Angebotsstruktur verbunden, sondern sie haben auch zu einer spürbaren Veränderung der Kundensouveränität geführt. Hierdurch entsteht für die Einrichtungen ein gegenseitiger „Konkurrenzkampf“, der nachweislich in allen Einrichtungen einen ökonomischen Handlungsdruck bedingt, da, wo die Angebote einem bestimmten Leistungsstandard nicht mehr entsprechen. Auch hier zeigt sich, dass die Wahrnehmungen hierüber in engem Zusammenhang mit der jeweiligen Position der Akteure im Feld stehen. Deutlich wird an dieser Stelle, dass in der Frage nach der Belegung von Pflegeplätzen der größte Druck auf der Ebene der Einrichtungsleitungen erfahren wird. Dennoch zeigt sich, dass in der Bewältigung der aktuellen Versorgungspraxis vor allem die Leitungskräfte auf der oberen Führungsebene Handlungsstrategien wählen, die nicht ausnahmslos ökonomische Motive verfolgen, sondern vielmehr dazu dienen, die Anforderungen der Mitarbeiter in den Blick zu nehmen, um mögliche Konsequenzen, die aus einer Überlastung entstehen könnten, zu verhindern. Die Akteure nehmen damit verbundene Risiken eigenverantwortlich in Kauf (vgl. Kap. 5.2.1.3).

Die bereits im theoretischen Rahmen der Arbeit umfassend dargestellten Phänomene in Verbindung mit der Entwicklung der Ökonomisierung werden durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie vielseitig bestätigt. Vornehmlich die Konsequenzen zur Versorgungsqualität und der zunehmende Kostendruck, die bereits in einigen empirischen Studien bestätigt werden konnten, führen demnach zu einem erhöhten Risiko in der Versorgung und ziehen mitunter sogar höhere Kosten nach sich (vgl. Slotala, L. 2011, S. 75). In diesem Zusammenhang werden in den untersuchten Einrichtungen Anpassungen an die betriebswirtschaftlichen Anforderungen von allen Akteuren als sinnvolle Maßnahmen erachtet, die selbstverständlich zu den Entwicklungen der Einrichtungen und einem Bestehen am Markt gehören. Die Motivation des wirtschaftlichen Handelns der Akteure ist von einer bewussten Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit den Kosten für den personellen sowie materiellen Ressourceneinsatz geprägt. Alle Akteure beanspruchen hierbei gleichzeitig, dass die Qualität der Versorgungsleistungen nicht abgesenkt werden soll. Eine Ausnahme zeigt sich allerdings in einer kritischen Distanz gegenüber diesen Entwicklungen in zwei Fällen, auf die im Rahmen der Typologisierung näher eingegangen werden soll (vgl. 6.2.1).

Insgesamt lässt der empirische Befund auf eine hohe Empfindsamkeit der Akteure gegenüber der *pflegerischen Sphäre* schließen, da sie trotz des gewachsenen ökonomischen Handlungsdrucks die primären pflegerischen Interessen nicht zurückstellen wollen und so eine große Bereitschaft zeigen, sich in ihren Leistungsanforderungen bis an die Grenzen ihrer Möglichkeiten unter der Prämisse „*Pflege ist leidensfähig*“ für die Pflegebedürftigen einzusetzen. In diesem Zusammen-

hang kann konkludiert werden, dass die Akteure durch ihren jeweils pflegefachlichen Hintergrund ihre Interessen für das Pflegerische trotz der Ökonomisierungstendenzen nicht zurückstellen wollen und sich vordergründig für die Interessen des Pflegerischen engagiert einsetzen.

Die wirtschaftliche Steuerung der Einrichtungen hat eine Form angenommen, die in der Praxis wirtschaftlicher Unternehmen außerhalb der gesundheitlichen Versorgung längst zu einem durchschnittlichen Standard gehört. Dieser soll unter den Gesichtspunkten eines effizienten Ressourceneinsatzes durch fortlaufende betriebswirtschaftliche Kontrollen zur Vermeidung von Verlusten beitragen. Hierbei kommt den leitenden Akteuren der oberen Managementebene eine zentrale Rolle zu, da sie durch ihre Handlungsorientierung hinsichtlich ihrer Möglichkeiten und Grenzen der ökonomischen Rationalisierung maßgeblich auf die Praxis der Versorgung in den Einrichtungen Einfluss nehmen können.

Es zeigt sich, dass die Übertragung des Marktmodells auf alle sozialen Beziehungen (vgl. Bröckling, U. 2012) auch bei den Akteuren in der vorliegenden Studie durch den Einsatz von Managementprogrammen und -konzepten der Herausbildung eines „*unternehmerischen Selbst*“ dient, mit dem sie bestrebt sind, den Anforderungen in ihrer alltäglichen Handlungspraxis gerecht zu werden (vgl. Kap. 2.3.4). Hierin dokumentiert sich nicht nur das Bestreben von zielführendem und ressourcensparendem Handeln, sondern vor allem auf der unteren Managementebene auch eine äußerste Bereitschaft, sich unter dem Selbstbild: „*Pflege ist leidensfähig*“ an die Gegebenheiten einer sogenannten „Normalisierungsgesellschaft“ anzupassen.

In diesem Zusammenhang dient die Wirkung der angewandten Managementmethoden in den Einrichtungen über den Anspruch zur Verbesserung von Strukturierungsmaßnahmen hinaus auch dazu, marktwirtschaftliche Strukturen unter extremen Belastungen des Pflegepersonals zu verfestigen. Indem die Pflegenden bestrebt sind, ihre Leistungen zu halten und zu verbessern, um so ihrem ethischen Anspruch gerecht werden zu wollen, geraten sie in den Konflikt, ihre sogenannte „Leistungsunfähigkeit“ entweder als persönlichen Misserfolg zu deuten oder sich von ihrer Empfindsamkeit für die ethischen Belange des pflegerischen Alltags „abzuschneiden“, indem sie ihre Werte „*loslassen müssen*“, da sie sonst „*daran zerbrechen*“. In dieser Introspektion zeigt sich eine wahrgenommene Überformung ökonomischer Einflüsse auf das Feld der Pflege, indem über das zielführende wirtschaftliche und ressourcenorientierte Handeln hinaus Pflegende in ihren Werthaltungen deutlich berührt sind und sich in ihrer Sensibilität für das Wesen der Pflege zurückziehen. Die genannten Prozesse sind in ihrer Auswirkung auf die pflegerische Praxis von hoher Relevanz, da pflegerisches Handeln in diesem Zusammenhang als „ökonomisches Han-

deln“ zu verstehen ist (vgl. Rosa, H. 2006), das erhebliche Konsequenzen für die langfristige Sicherstellung der pflegerischen Versorgungspraxis mit sich bringt.

6.2 Feldtheoretische Annahmen und empirische Relevanz der Entwicklung des Feldes

Die Wirkung ökonomischer Einflüsse auf Individuum und Gesellschaft, die im Sinne Bourdieus (1998; 2014) das Ausmaß der Veränderungen auf das soziale Gefüge bisher autonomer gesellschaftlicher Teilbereiche beeinflussen, bestätigen sich ebenfalls durch die Analysen im vorliegenden Feld. Die Mechanismen des Marktes sind auch im Feld der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen evident und zeigen sich in einem strukturellen Autonomieverlust des pflegerischen Handlungsfeldes gegenüber der ökonomischen Handlungslogik (vgl. Kap. 5.4.2.3). Hierbei tragen vor allem Konkurrenzdruck, Arbeitsverdichtung und das Agieren der Kontrollinstanzen (MDK) dazu bei, dass die Akteure um Status und Anerkennung kämpfen. Dies vollzieht sich im Sinne Bourdieus (2014) im Vertrauen der Akteure auf die damit verbundene soziale Welt und die Sinnhaftigkeit eines Spiels „*Illusio*“ der dort herrschenden Regeln (vgl. Kap. 2.4). Hiervon ist das Kräfteverhältnis zwischen dem ökonomischen Paradigma und der ethischen Integrität der Akteure im Bereich der vollstationären Langzeitpflege maßgeblich bestimmt.

In der Rekonstruktion von autonomen und heteronomen Positionen der Akteure im Feld wird vor allem bei den Akteuren im Bereich des oberen Managements, die für den Erfolg und die langfristige Sicherung der Position der Einrichtung verantwortlich sind, deutlich, dass sie die Bedeutung der prekären Situation der Pflegenden im Blick haben. Sie sind sich durchaus der Gefahr der Entwicklungen in der Einrichtung bewusst, die mit den Belastungssituationen der Pflegenden einhergehen und deren Ausstieg aus dem Berufsfeld den Erfolg der Einrichtung gefährdet. Sie verfügen über maßgebliche Entscheidungsbefugnisse, die zu den Veränderungen in den Einrichtungen auf der Personalebene und der Organisationebene beitragen. Daher achten sie vor dem Hintergrund vielfältiger Rationalisierungsmaßnahmen auf den sorgfältigen Einsatz von Ressourcen sowohl im Personal als auch im Sachkostenbereich.

Die Konkretisierung der Befunde zu den Anpassungen der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen an die ökonomischen Herausforderungen hat gezeigt, dass die Qualität der Pflege ungeachtet des hohen Engagements der Akteure unter dem ökonomischen Paradigma bedroht ist. Die Tatsache, dass der Anspruch einer bedarfsdeckenden, professionellen Pflege und ein damit verbundener Personalabbau zur Erhöhung des zeitlichen Arbeitsdrucks der Pflegenden beiträgt, impliziert, dass von einem erhöhten Versorgungsrisiko in der stationären Langzeitpflege

auszugehen ist. Durch die zunehmende Arbeitsverdichtung verbleiben den Pflegenden weniger Raum und Zeit, um in der unmittelbaren Interaktion ausreichend auf die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der zu Pflegenden eingehen zu können. Darüber hinaus führen Rationalisierungsmaßnahmen immer wieder auch zu Konflikten in der alltäglichen Pflegepraxis. Hier werden Interessenskonflikte deutlich, bei denen die Akteure in der Gestaltung der pflegerischen Handlungspraxis unter dem Druck der ökonomischen Restriktionen teilweise an ihre Grenzen stoßen. Diese Grenzerfahrungen sind sehr weitreichend und erstrecken sich von einer kritischen Auseinandersetzung der Akteure mit den Folgen der technologischen Entwicklung über eine generelle Überforderung der Akteure in der Praxis der pflegerischen Versorgung bis hin zu Versorgungsbrüchen in der unmittelbaren pflegerischen Praxis. Dennoch setzen sich die Akteure in allen Managementebenen engagiert dafür ein, dass die Pflegebedürftigen möglichst keine Reduktion oder keine Einbußen in der Pflegequalität erfahren sollen.

6.2.1 Heterogenität der handlungsleitenden Orientierungen im Spiegel der Ökonomisierung

In der komparativen Analyse zeigte sich ein insgesamt differenziertes Bild über die Wahrnehmung der Akteure zu den Entwicklungen der Ökonomisierung, die schließlich ihren handlungsleitenden Orientierungen zugrunde liegen. Auch wenn sich vor dem Hintergrund der ökonomischen Rationalisierung in vielerlei Hinsicht Gemeinsamkeiten in der Wahrnehmung und Handlungsorientierung der Akteure abbilden, so zeigen die Ergebnisse der Untersuchung auf der handlungspraktischen Ebene im Umgang mit den Effekten der Ökonomisierung erhebliche Unterschiede. Die Heterogenität der handlungsleitenden Orientierungen im Spiegel der Ökonomisierung weist in ihrer Vielschichtigkeit und Widersprüchlichkeit auf eine Mehrdimensionalität in der Auseinandersetzung der Akteure mit den wirtschaftlichen Anforderungen hin. Aus den Interviews lassen sich demnach in der Fragestellung der Studie zwei kontrastierende Grundtypiken rekonstruieren, die sich durch bestimmte Merkmale deutlich voneinander unterscheiden (vgl. Kap. 5.3). So konnten in der Frage nach den wahrgenommenen Entwicklungen zur Ökonomisierung im Zuge der fallvergleichenden Analyse aus einer ersten Perspektive *(1) ökonomische Perspektive* der Handlungsorientierungen der Akteure die beiden Grundtypiken: *(Typ I) Anlehnung an die Ökonomisierung* und *(Typ II) Ablehnung der Ökonomisierung* rekonstruiert werden (vgl. Kap. 5.3). Darüber hinaus wurden in der jeweiligen Grundtypik weitere „Unter-Typiken“ entfaltet, in denen sich die Akteure in ihrer Handlungsstrategie nuanciert voneinander unterscheiden. (vgl. Kap. 5.3.1).

Im Kontrast zur ersten Grundtypik (*Typ I*), die durch die Anlehnung an die ökonomischen Leistungsbedingungen charakterisiert ist, konnte eine zweite Grundtypik (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* rekonstruiert werden (vgl. Kap. 5.3.2). Auch in diesen Fällen zeigt sich, dass die Akteure an den wirtschaftlichen Bedingungen der Steuerungspraxis mitwirken. Dennoch sind die Akteure der Grundtypik (*Typ II*) durch das Merkmal einer mehr oder weniger starken Ablehnung gegenüber den Entwicklungen der Rationalisierungen der Einrichtungen charakterisiert. Die Akteure der wesentlichen kleineren Gruppe zeigen ähnlich wie die Akteure der ersten Gruppe (*Typ I*) eine große Empfindsamkeit für die pflegerische Versorgungspraxis und einen ebenso empfindsamen Umgang mit den Pflegenden. Im Kontrast zur ersten Grundtypik (*Typ I*) stellt sich allerdings ein zentraler Kontrapunkt in den Handlungsorientierungen dar, in der eine deutliche Kritik gegenüber den Entwicklungen und strukturellen Veränderungen in den Einrichtungen sichtbar wird. Die kritische Haltung der Akteure verdeutlicht sich insbesondere in einer Ablehnung und einem Widerstand gegenüber den durchgesetzten Strategien, welche die aktuelle betriebswirtschaftliche Handlungspraxis prägen. Obwohl die Akteure die Notwendigkeit zu wirtschaftlichem Handeln einsehen, stellen sie deutlich infrage, inwiefern die vorherrschenden Handlungsstrategien einer vernünftigen betriebswirtschaftlichen Logik folgen. Ihnen fehlt die Identifikation mit der Art und Weise der Umsetzungsstrategien betriebswirtschaftlicher Steuerungsmaßnahmen, die politisch gewollt und durch die Träger der Einrichtungen umgesetzt werden. Die Einrichtungen, in denen sie tätig sind, unterscheiden sich hinsichtlich ihrer betriebswirtschaftlichen Situation, die in einem Falle als betriebswirtschaftlich „ausgewogen“ und im anderen Falle als betriebswirtschaftlich „kritisch“ einzuschätzen ist. Obwohl auch die Akteure der zweiten Gruppe aktiv an der wirtschaftlichen Steuerungspraxis mitwirken, dokumentiert sich eine mehr oder weniger starke Ablehnung gegenüber den wachsenden betriebswirtschaftlich orientierten Prozessen und Rahmenbedingungen. Dies zeigt sich vor allem in einer offenen und starken Kritik gegenüber den Einflüssen der praktizierten Sparmaßnahmen in den Einrichtungen. Beide Akteure weisen in den Interviews ganz offen auf die negativen Folgen der betriebswirtschaftlichen Rationalisierungsmaßnahmen hin, die auf einen deutlichen Rückgang der pflegerischen Versorgungsqualität und bereits bestehende Versorgungsbrüche aufmerksam machen. Vor allem Frau Lutz (PD), die die Notwendigkeit zu wirtschaftlichem Verhalten nicht grundsätzlich ausschließt, wendet sich in ihrer Kritik an die Art und Weise, wie die Maßnahmen betriebswirtschaftlicher Restriktionen umgesetzt werden. Ihre ablehnende Haltung gegenüber der Ökonomisierung manifestiert sich nicht in einer wirtschaftsfeindlichen Ideologie, sondern sie ist vielmehr geprägt durch eine Abwehrhaltung gegenüber der Fehlentwicklung im Bereich der Langzeitpflege, in dem die ökonomische Dimension einen zu großen Stellenwert einnimmt. Sie beklagt, dass unter diesen Umständen

ökonomische Ziele verfolgt und gleichzeitig negative Konsequenzen in der Versorgungspraxis bewusst in Kauf genommen werden. Auch in der zweiten Grundtypik (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* wurden in einer weiteren Differenzierung „Unter-Typiken“ rekonstruiert. (vgl. Kap. 6.2.3).

Die unterschiedlichen handlungsleitenden Orientierungen im Rahmen der Auseinandersetzung mit den betriebswirtschaftlichen Rationalisierungsmaßnahmen begründen einen wichtigen Befund der vorliegenden Analyse und charakterisieren ein Phänomen, das in der gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Diskussion der Versorgungsforschung bislang noch zu wenig berücksichtigt worden ist.

Mit der differenzierten Analyse der handlungsleitenden Orientierungen lassen sich die Folgen und das Ausmaß des marktwirtschaftlich orientierten Umbaus für das Handeln der Akteure gegenüber der Versorgungspraxis empirisch bestätigen, sodass hierdurch im Sinne Bohnsacks (2007) ein verstehender Zugang der Handlungspraxis erwirkt werden kann.

Im Rahmen des fallkontrastierenden Vergleiches konnte rekonstruiert werden, dass die Intrusion der Ökonomisierung in allen Fällen angezeigt ist, die Akteure setzen indes dieser Entwicklung in unterschiedlichem Maße Grenzen. Dies zeigt sich vor allem in den Vorbehalten gegenüber der Gesamtentwicklung der Ökonomisierung, die durch ihre utilitaristischen Bestrebungen mit den ethischen Grundhaltungen der jeweiligen Akteure nicht vereinbar sind und daher von ihnen abgelehnt werden. Obwohl die Konsequenzen des Rationalisierungskurses sich in allen Einrichtungen gleichermaßen abzeichnen, werden drohende oder bereits bestehende Probleme im Bereich der Versorgungspraxis in ihrer ethischen Bedeutung in der Grundtypik (*Typ II*) sehr viel stärker wahrgenommen als in der Grundtypik (*Typ I*). Dies legt nahe, dass im Falle der Grundtypik (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung* die negativen Folgen der Rationalisierungsmaßnahmen durch das Bestreben der Akteure zur Anpassung nur unzureichend reflektiert werden. Im Gegensatz dazu stoßen die ökonomischen Entwicklungen auf einen inneren Widerstand bei den Akteuren der Grundtypik (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* im Feld, da sie die Strategien und Maßnahmen zur Umsetzung eines rigiden Rationalisierungskurses nicht tolerieren wollen. Hier wird der autonome Pol des Feldes sichtbar, indem sich die Akteure zwar für das Anliegen einer vernünftigen betriebswirtschaftlichen Steuerung der Einrichtungen einsetzen, aber die Praxis dieser Maßnahmen, verbunden mit einer bewussten Inkaufnahme der damit einhergehenden Risiken nicht tolerieren. Die ökonomischen Entwicklungen stoßen hier auf einen erheblichen Widerstand, da die Akteure den vorgegebenen und bestimmenden Kurs der Rationalisierung

nicht bereit sind mitzutragen. Diese Akteure hegen den Anspruch, sich für einen bestimmten Standard der Qualität sowohl im Umgang mit den Mitarbeitern als auch in der pflegerischen Versorgungspraxis einzusetzen und sind interessiert an einer bedarfsgerechten Pflege. Ihre Intention ist getragen durch eine berufsethische Haltung, ohne diese der Dominanz des ökonomischen Paradigmas unterordnen zu wollen. Der Unterschied zwischen den beiden Polen bezieht sich auch auf das Berufsverständnis der Akteure, indem die Akteure der Grundtypik (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung* zur Anerkennung ihres Berufsbildes die Nähe zur *ökonomischen Sphäre* suchen, da sie sich hierüber mehr gesellschaftliche Anerkennung erhoffen. Hierin zeichnet sich ein weiterer Trend ab, der Rückschlüsse auf die Entwicklung der autonomen und heteronomen Positionen im Feld der vollstationären Langzeitpflege bietet. Indem die Pflegenden versuchen, ihr Berufsverständnis aus der Übereinstimmung mit Aspekten der ökonomischen Sphäre zu beziehen, zeigt sich eine Unterbewertung der wesentlichen Elemente pflegerischer Versorgung gegenüber dem ökonomischen Paradigma. Im Gegensatz dazu beziehen sich die Akteure der Grundtypik (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* in ihrem Berufsverständnis deutlicher auf die Elemente, die eine achtsame und anerkennende Wertschätzung gegenüber der Würde der Pflegebedürftigen aufweisen. In den handlungsleitenden Orientierungen dieser Typik werden sowohl Kriterien der wissenschaftlich basierten Grundlagen zur Sorgearbeit als auch das individuell erworbene Erfahrungswissen an zentrale Position gerückt, das durch ein fundiertes, impliziertes Erfahrungswissen der Akteure charakterisiert ist und die Intuition über die jeweils gegebene Situation maßgeblich prägt (vgl. Kap. 2.1.3). Obwohl die Akteure in der vorliegenden Untersuchung sowohl Verständnis als auch Bereitschaft zur Anpassung an die Herausforderungen der Ökonomisierung in den Einrichtungen mitbringen, erweist sich der autonome Pol des Feldes in der Haltung der Akteure als zu schwach und lässt daher einen Handlungsbedarf erkennen. Dieser sollte vor dem Hintergrund der feldspezifischen Auseinandersetzung mit den beiden Polen, dem wirtschaftlichen Pol einerseits und dem feldspezifischen Pol andererseits, im Sinne Bongaerts (2008) kritisch diskutiert werden. An dieser Stelle sei in der Diskussion um das Maß der Autonomie gegenüber der ökonomischen Logik auf die Tatsache hingewiesen, dass das Maß der ökonomischen Abhängigkeiten auch hier von dem Maß der ökonomischen Aufwendungen im Feld selbst bestimmt ist (vgl. Kap. 2.4.2). Obwohl Bongaerts (2008) hier von der Gefahr einer „Doppelbödigkeit“ der handelnden Akteure ausgeht, indem sie einerseits das Ökonomische zum Tabu erklären, sich andererseits jedoch den ökonomischen Bedingungen nicht entziehen können, bleiben insofern auch die Leistungen im Feld der Gesundheit an die ökonomischen Prämissen gebunden, die im ethischen Sinne einen begründeten Ressourcen schonenden Umgang fordern. Die Leistungen

müssen im Sinne des Gesetzes (SGBV) ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (vgl. Kap. 2.2.2).

6.2.2 Heterogenität der handlungsleitenden Orientierungen aus der Perspektive der Wertsphäre

Ergänzend zu den bereits rekonstruierten Orientierungsrahmen der Akteure hinsichtlich der ökonomischen Sphäre stellt ein weiterer Befund der empirischen Untersuchung einen Zusammenhang der Wirkung marktwirtschaftlicher Strukturen auf die (2) *Perspektive der Wertsphäre* und die damit verbundenen handlungsleitenden Orientierungen der Akteure dar. Diese setzten sich in den rekonstruierten sinngenetischen Typologien fort. In diesem Zusammenhang ist von zwei grundsätzlich unterschiedlichen impliziten Orientierungsrahmen der Akteure auszugehen. Diese zeigen sich beispielsweise in der Einschätzung der Akteure über die Auf- und Abwertung des Pflegeberufes. Hierbei handelt es sich in der ersten Grundtypik (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung* um eine (1) *horizontale Orientierung* (vgl. Kap. 5.4.1.3)⁷⁰ der Akteure, die den derzeitigen gesellschaftlichen „Mainstream“, der im Sinne Foucaults (vgl. Kap. 2.3.2) durch die neoliberalen Strukturen und eine damit verbundene Durchdringung ökonomischer Prinzipien in allen Gesellschaftsbereichen geprägt ist. Aspekte der medizinischen Behandlungspflege werden hierbei untrennlich mit einer beruflichen Aufwertung der Pflege verbunden, da sie eine Nähe zur *ökonomischen Sphäre* aufweisen und insofern mit einem (1) (*inter*)subjektiven *Werthorizont* verknüpft sind. Die Akteure verhalten sich in dieser Wertorientierung im Kantischen Sinne heteronom, indem sie dazu neigen, ihre Wertorientierung durch Fremdbestimmung an fremde Einflüsse und „soziale Zwänge“ (vgl. Kap. 5.4.1.3) anzupassen.

Im zweiten Falle handelt es sich im weitesten Sinne um eine (2) *vertikale Orientierung* der Akteure, die im Gegensatz dazu, unabhängig von dem gesellschaftlich durchdringenden, ökonomischen Paradigma das „Ideal der Pflege“ mit einer universalen, kulturunabhängigen Orientierung von Werten verbindet, die den Kern des Pflegerischen maßgeblich bestimmen. Die Akteure beziehen hierin einen objektiven Bezugspunkt von Werten (2) *objektiver Werthorizont* ein, in dem die Wertschätzung gegenüber der Würde des Menschen viel deutlicher an zentraler Stelle steht und die handlungsleitende Orientierung die Einschätzung der Bewertung des Pflegefeldes deutlich

⁷⁰ Wie bereits in Kapitel 5.4.1.3 erwähnt, ist als horizontale Orientierung hier ein Rekurs der Akteure auf ihre (inter)subjektive Orientierung an Werten zu verstehen, die sich an den geltenden gesellschaftlichen Entwicklungen orientiert. Im Gegensatz dazu rekurriert die vertikale Orientierung auf eine ethische Kritikfähigkeit des Menschen, indem er über die Möglichkeit einer kulturunabhängigen, bzw. kulturübergreifenden Referenz verfügt, die sensibilisiert ist für die Anerkennung einer allgemeingültigen Ethik, die einen objektiven Bezugspunkt von Werten einbezieht, in der die Würde des Menschen zentral ist (vgl. Schmitz-Gielsdorf, J. 2016, S. 19).

prägt. Im Gegensatz zur Grundtypik (*Typ I*) stellen sie die Kriterien der Messbarkeit im Rahmen der ökonomischen Entwicklungen nicht als Aufwertung ihres Berufsverständnisses in den Vordergrund, sondern stehen diesen Effekten deutlich kritisch und mit Ablehnung gegenüber. Ihre Haltung ist vor allem durch einen inneren Widerstand gegenüber den Einflüssen der Ökonomisierung und dem damit verbundenen Verlust an Werten geprägt. Menschliche Achtung, Verbundenheit, Anerkennung, Anteilnahme und Zuwendung unter Wahrung des Respekts werden hier als zentrale Merkmale der Wertorientierung und Wertverbundenheit deutlicher hervorgehoben und bestimmen damit ihren Habitus.

Die empirischen Befunde zeigen, dass das Berufsverständnis der Akteure auch in einem engen Zusammenhang mit den Werthaltungen der unterschiedlichen Generationen steht. Dies wird in der Versorgungspraxis vor allem in den Bereichen der (1) *ökonomischen Sphäre*, der (2) *sozialen Sphäre*, der (3) *kulturellen Sphäre* und der (4) *pflegerischen Sphäre* deutlich, in denen sich ein Spannungsfeld zwischen sozialer Reproduktion und gesellschaftlichem Wandel vollzieht. Hierbei dienen generalisierte Bilder von „den Jungen“ und „den Alten“, die einander gegenübergestellt werden, als Möglichkeit einer theoretischen Verarbeitung des wahrgenommenen Generationenkonflikts. Im Zentrum dieser Generationsunterschiede steht vor allem die Wertperspektive, welche die Handlungspraxis der jungen und alten Mitarbeiter voneinander unterscheidet. Hierin sind die Veränderungen der Generationen hinsichtlich ihrer Werteorientierung durch die prägenden Einflüsse ihres jeweiligen gesellschaftlichen Umfeldes determiniert und führen vor allem durch den Sozialisationsprozess der Pflegenden zu einer Diversität in der Handlungspraxis pflegerischer Versorgung. Besonders deutlich kommt diese Bedingtheit dann zum Ausdruck, wenn alle Akteure den Generationenkonflikt mit einer Veränderung der Wahrnehmung von Werten gleichsetzen und eine damit zusammenhängende Veränderung der Werthaltungen gegenüber der Versorgungspraxis erfahren.

Dennoch zeigen sich auch hier Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Werthaltungen der Pflegenden gegenüber den jeweiligen Sphären, die mit der Nähe zur jeweiligen Grundtypik korrespondieren. Es konnte empirisch gezeigt werden, dass alle Akteure der Grundtypik (*Typ I*) in *Anlehnung an die Ökonomisierung* auf diese unterschiedlichen Werthaltungen reagieren, indem sie versuchen „Altes“ und „Neues“ in die Handlungspraxis des Alltages zu integrieren. Die Akteure sind indes in einer ambivalenten Weise einerseits bemüht, auch von den Dingen, welche die jungen Akteure mitbringen, zu lernen und andererseits bedauern sie, verloren gegangene Werthaltungen und Strukturen, die sie implizit mit einem „*Ideal*“ des kollektiven Habitus von Pflegenden und einem kollektiven Pflegeverständnis verbinden. Dies wird vor allem in einer wahrgenommenen

fehlenden Achtsamkeit und Aufmerksamkeit der Pflegenden gegenüber materiellen Werten (Sachmitteln) deutlich, in der Frage nach der ästhetischen Gestaltung des näheren Pflegeumfeldes (Bewohnerzimmer) sowie in der Frage der Umsetzung der pflegerischen Handlungspraxis. Im Gegensatz dazu zeigt sich im Falle von Frau Lutz (PD) analog zur Grundtypik (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung*, dass sie keinerlei Identifikation mit der Handlungspraxis der jüngeren Generation von Führungskräften erfährt, da diese in ihrer Führungsrolle und in ihrer Führungspraxis auf Distanz gehen zu den Belangen der Pflegenden an der Basis. In diesem Spannungsfeld differenter Werthaltungen der Generationen entstehen die wesentlichen Herausforderungen der Akteure da, wo sie mit ihren eigenen impliziten Werthaltungen auf mehr oder weniger starke Kontraste durch die Werthaltungen der jeweils anderen Generation stoßen. Dennoch sind die Akteure aller Managementebenen herausgefordert, den jeweiligen Situationen so zu begegnen, dass sie im Kern die Wertfragen der Qualität der pflegerischen Versorgung an den Ideen eines (2) *objektiven Werthorizontes* des „richtigen, guten und sinnvollen“ Lebens (Hartmann 1926) orientieren sollen. Hierbei sind berufsethische Implikationen und Werthaltungen zentral anzusehen, die dem Berufsethos zugrunde liegen und als Qualitätsmaßstab den Wert der Menschenwürde (Pflege-Charta, BMFSfJ 2011) als Fluchtpunkt pflegerischer Werthorizonte anerkennen (vgl. Kap. 2.1.3.4).

In einem weiteren Befund der empirischen Untersuchung zeigt sich ein Zusammenhang der marktwirtschaftlichen Strukturen auf das Ethos der Akteure und die damit verbundenen handlungsleitenden Orientierungen. Hierbei stehen die Aspekte der 1) *Verantwortung*, 2) *Autonomieverlust* und 3) *Entfremdung* im Vordergrund.

Wie bereits in der Darstellung der sinngenetischen Typenbildung der (1) *ökonomischen Perspektive* nehmen auch hier alle Akteure beider Grundtypiken (*Typ I*), (*Typ II*) ihre Verantwortung aktiv auf und tragen Sorge dafür, dieser Verantwortung ungeachtet der zunehmenden Restriktionen unter den vorgegebenen normativen Bedingungen und Standards gerecht zu werden. In diesem Rahmen treffen sie, ihrer Positionen im Feld entsprechend, Entscheidungen, die sie selbstbewusst vertreten und für deren Konsequenzen sie einstehen. Die Akteure setzen sich trotz der gegebenen marktwirtschaftlichen Situation mit ihrer moralischen Verantwortung für das Wohl der Bewohner und ihrer Mitarbeiter ein. Die empirischen Befunde lassen vermuten, dass die Akteure vor allem im Bereich des unteren Managements (SPDL) in Einzelfällen durch die Zuschreibung der Verantwortung zu einer enormen Anpassungsleistung bereit sind und hierbei mögliche gesundheitliche Risiken in Kauf nehmen.

In der Grundtypik (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* konnte gezeigt werden, dass sich unter dem Druck von Wertkonflikten in einem Falle eine Abweichung von den normativen Vorgaben in der Handlungspraxis vollzieht. Dies geschieht, indem vorhandene Strukturen zur Steuerungspraktik eigenmächtig unterlaufen und Maßnahmen in eigener Regie vorgenommen werden. Hierbei werden Bedenken und Risiken zu diesem praktischen Vorgehen und damit verbundene mögliche disziplinarische Konsequenzen in Kauf genommen.

In Verbindung mit der Autonomie zeigt sich vor allem im Falle von Frau Lutz (PD) (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung*, dass im Sinne Bourdieus die zunehmenden marktförmigen Anforderungen durch das ökonomische Feld das Ethos der Pflegenden beeinträchtigen. Dies geschieht insbesondere, wo die Autonomie in der Umsetzung einer professionellen Handlungspraxis eingeübt wird (vgl. Kap. 5.4.2.3).

Hierzu tragen ganz deutlich der Verlust einer sorgfältigen und intensiven Kommunikation und Kooperation sowie der empfundene ungerechtfertigte „Zwang“ zu einer unverhältnismäßigen Dokumentation, und das damit verbundene fehlende Vertrauen der Instanzen gegenüber den Kompetenzen der Akteure im Feld bei. Auch die bis ins kleinste Detail dezidiert vorgegebenen pflegerischen Maßnahmen sowie die Einschränkung der Pflegenden in einzelnen Aspekten der behandlungspflegerischen Versorgungspraxis werden in diesem Zusammenhang als Einengung der pflegerischen Handlungsspielräume wahrgenommen (vgl. Kap. 5.4.2.3). Dies trägt schließlich zu einem Verlust beruflicher Identifikation bei, sodass viele Pflegende einen Berufsausstieg erwägen.

Durch den Anspruch zur Bewahrung des beruflichen Ethos einerseits und dem Druck zur Erreichung der wirtschaftlichen Zielsetzungen andererseits erfahren die Akteure in ihrer Realität der Versorgungspraxis sowohl Entfremdung als auch Dissonanz. Hier zeigt sich in beiden Grundtypiken gleichermaßen, dass die Akteure mit ethischen Dilemmata konfrontiert sind, die vor dem Hintergrund des neoliberalen Paradigmas mit einer zunehmenden Deprofessionalisierung und einem Verlust menschlicher Zuwendung und Verbundenheit einhergehen (vgl. Kap. 2.3). Diese Folgen führen vor allem jedoch im Falle der Grundtypik (*Typ II*) zu einer Entfremdung der Pflegenden gegenüber ihrem Berufsethos, indem der wesentliche Kern der pflegerischen Aufgaben als ganzheitlicher Aspekt als „zurückgedrängt“ erfahren wird. Der Prozess konfrontiert die Akteure mit einer „*moralischen Desensibilisierung*“, die mit der Tendenz einer „Verhärtung“ und einer „Verrohung“ einhergeht und die sie zur berufsethischen Reflexion in allen Handlungsfeldern herausfordert. Es entsteht ein Bruch, der als Verlust eines gemeinsamen

Bezugspunktes, einer gemeinsamen Pflegekultur erfahren wird. Hierbei wird von einem Loslassen von Werten gesprochen, „*sie müssen losgelassen werden, um zu überleben*“, ein Vorgang, um der Sorge vor dem Verlust der eigenen moralischen Integrität zu begegnen.

Ein weiterer wesentlicher Befund der empirischen Analyse im Rahmen der Wertsphäre zeigt sich in den Aspekten der (1) *Werthaltung*, (2) *Wertschätzung* sowie (3) *Vertrauen*. Die Betroffenheit der Akteure reicht von einer fehlenden Anerkennung und Wertschätzung gegenüber den Mitarbeitern durch die Einrichtung über die Sorge eines drohenden Verlustes der Werthaltungen gegenüber den Bewohnern bis hin zu einem bereits wahrgenommenen Bruch mit den eigenen Werthaltungen. Fallübergreifend verbinden die Akteure mit den Entwicklungen der fortlaufenden Ökonomisierung eine schwindende Wertschätzung, die sich in der Folge neoliberalistischer Strukturen in unterschiedlicher Weise manifestiert. Es zeigt sich, dass die Stärke der empfundenen Betroffenheit sowohl mit den Grundtypiken (*Typ I*) *Anlehnung an die Ökonomisierung* und (*Typ II*) *Ablehnung der Ökonomisierung* als auch mit der Nähe der Akteure zur unmittelbaren Pflegepraxis (SPDL) korrespondiert. Hierbei wird deutlich, je größer der „gefühlte“ Abstand der Akteure zu der ökonomischen Sphäre ist und je näher die Akteure in die pflegerische Tätigkeit eingebunden sind, desto stärker wird eine Belastung der Wertsphäre wahrgenommen. Der Verlust einer wertschätzenden, aufmerksamen und bewussten Kommunikation führt darüber hinaus zu einem Abbruch an verbindlicher, zugewandter Haltung sowohl der Pflegenden untereinander als auch der Pflegenden gegenüber den Pflegebedürftigen, Angehörigen und Kooperationspartnern. Ein Mangel an Wertschätzung wird auch in der Zusammenarbeit der älteren Pflegenden mit der jüngeren Generation Pflegender in Verbindung gebracht. Hier zeigt sich, dass die älteren Akteure einen „Abbruch“ in den Werthaltungen der jüngeren Mitarbeiter erfahren, dem die Akteure in ihrem Führungsalltag teilweise hilflos gegenüberstehen. Die Wertsphäre der Akteure ist auf allen Managementebenen maßgeblich durch das Bedürfnis nach Vertrauen und Verbundenheit geprägt. Die Akteure ziehen in diesem Zusammenhang einen Vergleichshorizont familienähnlicher Verhältnisse heran, mit dem sie implizit den Anspruch an die Gestaltung einer Atmosphäre der Geborgenheit, Sicherheit und des Wohlfühlens verbinden. Dies ist offensichtlich für die Beziehungsgestaltung auf allen Ebenen in den Einrichtungen von signifikanter Bedeutung. Vor allem die Mitarbeiter auf der unteren Führungsebene fühlen sich hierdurch in der Zusammenarbeit gestärkt und schöpfen Kraft, um den Praxisalltag zu meistern. Im Gegensatz dadurch führt ein nicht gelingender Prozess des Vertrauens und der Verbundenheit zu einer gestörten Kooperation. Der Mangel an Identifikation mit gemeinsamen Werten und eine fehlende gemeinsame Orientierung an gemeinsamen Werten führt indes zu Konflikten, die ein harmonisches Zusammen-

wirken verhindern. Diese Effekte führen insgesamt dazu, dass einer ausgewogenen, ressourcenschonenden Betriebswirtschaftlichkeit durch unnötige Reibungseffekte, aber auch durch innere Proteste und Boykottierung entgegengewirkt wird.

Mit der Diskussion um den Verlust der feldinternen, genuinen Autonomie ist die Frage verbunden, inwiefern angesichts wachsender ökonomischer Anforderungen und der damit verbundenen Tendenz der Akteure zur Anpassung an die vorrangig durch ökonomisch bedingte, leistungsorientierte pflegfachliche Versorgungspraxis in konstruktiver Weise entgegengewirkt werden kann.

Mithilfe der empirischen Rekonstruktion der handlungsleitenden Orientierungen der Akteure im Feld und deren handlungsleitenden Wissens konnte ein verstehender Zugang zur Handlungspraxis erreicht werden. Die nachfolgenden Tabellen dienen dazu, die wesentlichen rekonstruierten handlungsleitenden Orientierungen der verschiedenen Grundtypen in einer Übersicht zusammenfassend darzustellen:

| | Typ I Handlungsleitende Orientierungen in Anlehnung an die Ökonomisierung | Typ II Handlungsleitende Orientierungen und Ablehnung der Ökonomisierung |
|--------------------|--|--|
| Ökonomische Sphäre | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anpassungen an die betriebswirtschaftlichen Anforderungen werden von allen Akteuren als sinnvolle Maßnahmen erachtet, die selbstverständlich zu den Entwicklungen der Einrichtungen und einem Bestehen am Markt dazugehören. ▪ Aktives und engagiertes Aufgreifen der veränderten Angebotsstrukturen im Sinne eines „Marketings“ zur Gewinnung potenzieller „Kunden“ ▪ Entwicklung der Qualität pflegerischer Versorgung wird unter den zunehmenden betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen von den Akteuren überwiegend als positiv aufgefasst. ▪ Motivation des wirtschaftlichen Handelns der Akteure ist von einer bewussten Bereitschaft zur Auseinan- | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mehr oder weniger starke Ablehnung gegenüber den Entwicklungen der Rationalisierungen der Einrichtungen ▪ Deutlich sichtbare Kritik gegenüber den Entwicklungen und strukturellen Veränderungen in den Einrichtungen ▪ Offene Kritik gegenüber den Einflüssen der praktizierten Rationalisierungsmaßnahmen in den Einrichtungen ▪ Einsicht zur Notwendigkeit wirtschaftlichen Handelns ist prinzipiell gegeben, dennoch werden vorherrschende Handlungsstrategien im Sinne wirtschaftlichen Handelns infrage gestellt. ▪ Umstände werden beklagt, da mit der Verfolgung ökonomischer Ziele gleichzeitig negative Konsequenzen in der Versorgungspraxis bewusst in Kauf genommen werden |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>dersetzung mit den Kosten für den personellen sowie materiellen Ressourceneinsatz geprägt, bei gleichzeitigem Anspruch an eine gute Qualität der Versorgungsleistungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die betriebswirtschaftlichen Steuerungsinstrumente werden von den Akteuren in ihrer Steuerungspraxis zur Rationalisierung und Optimierung von Betriebsabläufen im tayloristischen Sinne als hilfreiche Unterstützung wahrgenommen. ▪ Starke Tendenzen zur Anpassung an die Mechanismen und Maßnahmen der Ökonomisierung, die sich in einer impliziten Haltung „<i>Pflege ist leidensfähig</i>“ zeigt. ▪ Die negativen Folgen der Rationalisierungsmaßnahmen werden nur unzureichend reflektiert. | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorbehalte gegenüber der Gesamtentwicklung der Ökonomisierung, die durch ihre utilitaristischen Bestrebungen mit den ethischen Grundhaltungen der jeweiligen Akteure nicht vereinbar sind, daher werden sie abgelehnt. ▪ Drohende oder bereits bestehende Probleme im Bereich der Versorgungspraxis werden in ihrer ethischen Bedeutung sehr viel stärker wahrgenommen. ▪ Widerstand der Akteure gegenüber den Strategien und Maßnahmen zur Umsetzung eines rigiden Rationalisierungskurses ▪ Akteure hegen den Anspruch einer bedarfsgerechten Pflege ▪ Berufsverständnis verweist deutlicher auf die Elemente einer achtsamen und anerkennenden Wertschätzung gegenüber der Würde der Pflegebedürftigen. |
|--|---|--|--|

Tabelle 5: Zusammenfassende Darstellung der Typen in ihren handlungsleitenden Orientierungen 1

Quelle: eigene Darstellung

| | Typ I Handlungsleitende Orientierungen in Anlehnung an die Ökonomisierung | | Typ II Handlungsleitende Orientierungen und Ablehnung der Ökonomisierung |
|------------|---|--|---|
| Wertsphäre | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Horizontale Orientierung der Akteure an dem derzeitigen gesellschaftlichen „Mainstream“, der durch die Durchdringung ökonomischer Prinzipien in allen Gesellschaftsbereichen geprägt ist ▪ Aspekte der medizinischen Behandlungspflege werden unzertrennlich mit einer beruflichen Aufwertung der Pflege verbunden, da sie eine Nähe zur ökonomischen Sphäre aufweisen. ▪ Die Akteure verhalten sich in ihrer Wertorientierung im Kantischen Sin- | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vertikale Orientierung der Akteure, die unabhängig von dem gesellschaftlich durchdringenden, ökonomischen Paradigma das „Ideal der Pflege“ mit einer Orientierung von Werten verbindet, die den Kern des Pflegerischen maßgeblich bestimmt. ▪ Die Akteure beziehen einen objektiven Bezugspunkt von Werten (objektiver Werthorizont) ein, indem die Wertschätzung gegenüber der Würde des Menschen deutlicher verteidigt und hervorgehoben wird. ▪ Haltung der Akteure ist vor allem durch einen inneren Widerstand gegenüber den Einflüssen der Ökonomisierung und dem damit verbundenen Verlust an Werten ge- |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>ne heteronom, indem sie dazu neigen, ihre Wertorientierung durch Fremdbestimmung an fremde Einflüsse und „soziale Zwänge“ anzupassen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Akteure sind bemüht, die unterschiedlichen Werthaltungen, „Altes“ und „Neues“ der Generationen in die Handlungspraxis des Alltages zu integrieren. ▪ Akteure zeigen eine Ambivalenz, indem sie einerseits bemüht sind, von den Dingen, welche die jungen Akteure mitbringen zu lernen und andererseits bedauern sie, verloren gegangene Werthaltungen und Strukturen, die sie implizit mit einem „Ideal“ des kollektiven Habitus von Pflegenden und einem kollektiven Pflegeverständnis verbinden. | <p>prägt. Weil sie Werte „<i>loslassen müssen</i>“, da sie sonst „<i>daran zerbrechen</i>“.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Menschliche Achtung, Verbundenheit, Anerkennung, Anteilnahme und Zuwendung unter Wahrung des Respekts sind zentrale Merkmale der Wertorientierung und Wertverbundenheit, die als Handlungsorientierungen deutlicher sichtbar werden ▪ Unter dem Druck von Wertkonflikten werden vorhandene Strukturen zur Steuerungspraxis eigenmächtig unterlaufen und Handlungsmaßnahmen in eigener Regie vorgenommen, bei denen Bedenken und Risiken sowie mögliche disziplinarische Konsequenzen in Kauf genommen werden. ▪ Wahrgenommene Beeinträchtigung des beruflichen Ethos da, wo die Autonomie in der Umsetzung einer professionellen Handlungspraxis eingebüßt wird ▪ Fehlende Identifikation mit der Handlungspraxis der jüngeren Generation von Führungskräften in der Pflege, da diese in ihrer Führungsrolle und in ihrer Führungspraxis auf Distanz gehen vor den Belangen der Pflegenden an der Basis |
|--|--|--|

Tabelle 6: Zusammenfassende Darstellung der Typen in ihren handlungsleitenden Orientierungen 2

Quelle: eigene Darstellung

6.2.3 Typologien, Implikationen für die Versorgungspraxis

Das Ergebnis der rekonstruierten Typenbildung zeigt in der Erörterung der Ergebnisse eine breite Möglichkeit der Handlungsorientierungen, wenngleich in der Rekonstruktion der Typologie ein enger Zusammenhang der Akteure mit ihrem Berufsverständnis zu erkennen ist, indem sich ihre Werthaltungen und das jeweilige Ethos konkretisieren. Hier finden sich sowohl phänomenologisch-anthropologische (Remmers/Weidner) als auch religiöse Aspekte (Käppeli), die für die Akteure in ihrer berufsethischen Orientierung von Bedeutung sind. Pflegerisches Handeln ist in starkem Maße durch berufsethische Vorstellungen geprägt und zielt darauf, den Betroffenen in ihrer Pflegebedürftigkeit die nötige Unterstützung zukommen zu lassen. Die Schwerpunkte professionellen Handelns werden von den Akteuren sowohl im medizinisch-technischen Bereich als auch in der beziehungsorientierten Arbeit gesehen, wobei der beziehungsorientierte Aspekt für die Akteure eine besondere Stellung einnimmt. Die professionelle Handlungspraxis der Akteure, die sich im Sinne Weidners (1995) theoretisch an den aktuellen pflegewissenschaftlichen Stan-

dards und in der praktischen Ausführung an ihrer Entscheidungs- und Handlungskompetenz orientiert (vgl. Kap. 2.1.3.3) stellt sich indes in der untersuchten Praxis in unterschiedlichen Typologien differenzierter dar.

In der Frage nach der Gestaltung einer komplexen Pflegekultur, die wechselseitig von der Kultur der Institution und der handelnden Personen beeinflusst wird, geraten unter dem Einfluss der Ökonomisierung dennoch die Werthaltungen der Akteure in unterschiedlicher Weise unter Druck. Obwohl aus den Handlungsorientierungen aller Akteure hervorgeht, dass sie „irgendwie“ versuchen, den zeitlichen Druck zu kompensieren, zeigen sich in der Handlungspraxis unterschiedliche Typen. Im Einzelnen lassen sich zunächst in der *Basistypik I Anlehnung an die Ökonomisierung* die drei folgenden Typen in ihrer weiteren Ausdifferenzierung wie folgt unterscheiden:

Typus *Professionalität und Eigenverantwortung* (Typ I, Typus A), hier treten Aspekte der Eigenverantwortung hinsichtlich ihrer Handlungsentscheidungen besonders hervor. Professionalität kann im engeren Sinne mit einem speziellen Können als Ergebnis beruflicher Sozialisation in einem professionellen Milieu verstanden werden. In diesem Zusammenhang zeigt sich vor allem eigenverantwortliches Handeln und eine Risikobereitschaft, welche die Akteure souverän und aktiv zwischen ökonomischen und alltagsbezogenen pflegerelevanten Aspekten abwägen lässt. Medizinische, behandlungspflegerische Aspekte werden mit einem medizinerorientierten Berufsverständnis eng verbunden und dienen in der Handlungspraxis im Sinne Bourdieus (vgl. Kap. 2.4.1) als Aufwertung des Feldes. Das Reflexionsniveau der Akteure ist hoch und unterstützt die Akteure in ihrer selbstständigen Entscheidungsfindung sowie in der Durchsetzung ihrer Interessen. Darüber hinaus zeigt sich, dass vor allem auf der unteren Managementebene durch die Suche nach konkreten Maßnahmen eigenverantwortlich Handlungsalternativen geschaffen werden, mit denen die Akteure den zeitlichen Druck und die Arbeitsverdichtung in der Pflege für sich und die Pflegenden auszugleichen versuchen. Sie setzen sich im Prozess der Ökonomisierung mit ihrer Professionalität und ihrer Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme engagiert ein, um die Anforderungen des Alltages in der Versorgungspraxis als „*Unternehmer ihrer selbst*“ (vgl. Kap. 2.3.2) positiv zu steuern. Dennoch ist erkennbar, dass Management und Pflegenden hierbei durch die vielseitigen von außen und innen erwarteten Anforderungen in ein Spannungsfeld konfligierender Interessen geraten, die nach Höhmann (2010) durch die gleichzeitigen Erwartungen an die Erfüllung einer Werteperspektive „humaner Lebensorte“ sowie an eine rationale Unternehmensführung und Arbeitsgestaltung bedingt sind. Ganz besonders zeigt sich dies an der geäußerten Metapher „*Pflege ist leidensfähig*“, die eine Handlungsorientierung zu erkennen gibt, bei der notwendige Grenzen nicht ausreichend erkannt und reflektiert werden.

Für die Handlungsorientierungen des Typus (*Typ I, Typus B*) steht die *Reflektierte Verantwortungsbereitschaft* im Vordergrund, bei der vor allem die Fähigkeit, Situationen kritisch zu hinterfragen und Wahrgenommenes zu reflektieren, bedeutsam ist. Auch hierin spiegelt sich ein professionelles Berufsverständnis im Sinne Weidners (1995) wider, bei dem die „ethisch-moralische Kompetenz“ zur Sicherstellung eines ethisch-moralisch reflektierten Pflegehandelns dient und auf die Pflichten der pflegerischen Interaktionen verweist (vgl. Kap. 2.1.3.3). In diesem Sinne wird das, was als gut und richtig erkannt wird, in die Tat umgesetzt. Auch hier werden Entscheidungen aktiv übernommen, selbst wenn sich diese in einem Spannungsfeld zwischen ökonomischen und pflegerischen Anforderungen bewegen. Die Akteure in dieser Typik setzen sich kritisch mit den veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen auseinander. Dennoch wenden sie sich in der Gestaltung der Alltagspraxis ihren Aufgaben zu, ohne sie zu vernachlässigen. Sie versuchen ihre Aufgaben nach bestem Wissen und Gewissen zu erfüllen, indem sie bemüht sind, durch ihre Kompromissbereitschaft und ihre Sensibilität für den Ausgleich zwischen den beiden Polen der ökonomischen und pflegerischen Anforderungen für eine ausgewogene Situation zu sorgen. Sie verbinden selbstständiges und verantwortliches Handeln mit dem Ziel einer guten Kooperation. Die Orientierung der Akteure ist hier eher auf der Beziehungsebene verortet, die vor allem durch ein „*Ethos der Fürsorge*“ geprägt ist (vgl. Kap. 2.1.3.3). Die Akteure in dieser Handlungsorientierung sind geneigt, sich für unzureichende zeitliche Ressourcen in der Interaktion mit den Pflegebedürftigen persönlich verantwortlich zu fühlen, und empfinden eine hiermit verbundene Einschränkung als persönliches Versagen. Auch in dieser Handlungsorientierung werden, trotz der Bereitschaft und der Kompetenz zur kritischen Reflexion, notwendige Grenzen nicht erkannt, die dem Schutze der Eigenwürde dienen.

Der Typus *Normativität und Anpassung (Typ I, Typus C)* dokumentiert sich in einer Handlungspraxis, die durch Anlehnung an Vorgaben und Absprachen auf eine regelgeleitete, orientierungsgebende Funktion zurückgreift. Im Gegensatz zu dem (*Typus B*) *Reflektierte Verantwortungsbereitschaft* steht in den Handlungsstrategien dieser Typik ein aktives, jedoch vor allem an Regeln und Vorgaben geleitetes Handeln im Vordergrund, das durch ein großes Verständnis für die ökonomische Handlungssphäre geprägt ist. In einem „*sowohl als auch*“ werden hier Veränderungen im Rahmen der Ökonomisierung aufgenommen, obwohl sie latent kritisch wahrgenommen werden. Es findet eine Anpassung an die gegebenen Entwicklungen der Organisation und eine Unterstützung bei der Mitgestaltung von inhaltlichen und strukturellen Veränderungsprozessen statt. Mögliche persönliche Bedenken und Fragen über die geteilten Werte in der pflegerischen Versorgungspraxis, die sich vor allem vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Generationen erge-

ben, werden eher in den Hintergrund gestellt. Stattdessen werden veränderte Rahmenbedingungen durch Kompromisse versucht miteinander in Einklang zu bringen.

Eine weitaus kritischere Haltung gegenüber der Ökonomisierung wird in den rekonstruierten Handlungsorientierungen des zweiten *Basistypus II Ablehnung der Ökonomisierung* sichtbar, im Rahmen dessen die Nichtanerkennung der Ökonomisierung zum Ausdruck gebracht wird. Die Handlungsorientierungen unterscheiden sich in den zwei nachfolgenden Typen wie folgt:

Der Handlungstypus *Verneinung und Machtlosigkeit (Typ II, Typus A)* ist begleitet von einer Machtlosigkeit, welche die nötigen Handlungsstrategien entbehrt, um den Entwicklungen der Ökonomisierung Grenzen zu setzen. Das Berufsverständnis ist deutlich bestimmt durch die zentralen Werte der Achtung, Verbundenheit, Anerkennung, Anteilnahme und Respekt, die als zentrale Wertorientierung erlebt werden. Dennoch manifestiert die Handlungsorientierung sich insgesamt eher in einer passiven durch Perspektivlosigkeit geprägten Haltung. Dieser Haltung liegt eine starke Kritik an den betriebswirtschaftlichen Optimierungsprozessen zugrunde, da diese durch Rationierung von Sachmitteln und Personalressourcen aus der Sicht der Akteure zu großen Einbußen in der Versorgungsqualität und in den täglichen Versorgungsleistungen der Akteure führen. Ein zentrales Merkmal der aktiven Ablehnung gegenüber der betriebswirtschaftlichen Gestaltungs- und Umsetzungspraxis geht vor allem aus der eingeschränkten Handlungsautonomie der Akteure in der Pflegepraxis hervor, da durch die Einengung der Handlungsspielräume und der geringen Entscheidungsfreiheit der Akteure wertvolle Ressourcen in der Pflegeprozesssteuerung der Versorgungspraxis verloren gehen. Durch diese Eingrenzung der Handlungsautonomie findet eine Beschneidung der Möglichkeit statt, durch ein flexibles und unkonventionelles Handeln schnell und bedarfsgerecht reagieren zu können. Aus der Perspektive der Langzeitpflege als soziologisches Handlungsfeld ist nach Roth (2007) mit diesen geringen Entscheidungskompetenzen der Akteure im Feld neben weiteren Befunden von einer prekären Lage der Pflege auszugehen, obwohl sich der Akademisierungs- und Professionalisierungsprozess in der Pflege weiterentwickelt hat. Zur Begründung greift Roth hierbei darauf zurück, dass die soziale Stellung der Pflege sowohl mit einer mangelnden Bereitschaft als auch mit einer mangelnden Fähigkeit der Pflegenden einhergeht, ihre Interessen wahrzunehmen und entsprechend zu artikulieren. Dies, so Roth, sei u. a. vor allem mit einem fehlenden professionellen Habitus der Pflegenden verbunden (vgl. Kap. 2.2.3). In dieser Form der passiven, resignierten und perspektivlosen Haltung, mit der sowohl die eigene Situation als auch die Gesamtsituation der Pflegenden beschrieben wird, kommt insgesamt eine ablehnende, verneinende und durch Machtlosigkeit gekennzeichnete Haltung zum Ausdruck. Darüber hinaus wird die Alltagspraxis unter den gegebenen Bedingungen als

eine Art Illusion erfahren, da unter den gegebenen Umständen eben nicht die verknüpften material- und Personalressourcen adäquat kompensiert werden können und im Zuge der Rationalisierung gerade nicht alles durchzuplanen und zu standardisieren ist. Einzig in der Unterstützung von Maßnahmen, die zu einer guten Teamentwicklung beitragen, werden Einflussmöglichkeiten gesehen, um den wachsenden Tendenzen der immer knapper werdenden Mittel etwas entgegenhalten zu können.

In dem Handlungstypus *Widerstand und Ohnmacht* (Typ II, Typus B) zeigt sich ein deutlicher Widerstand gegen die Ökonomisierung, da auch hier die Entwicklungen der Ökonomisierung in einem starken Widerspruch zu den Vorstellungen eines Pflegeideals erfahren werden. Hier werden ebenfalls die zentralen Aspekte der Achtung, Verbundenheit und Anerkennung unter Wahrung des Respekts als zentrale Wertorientierung erfahren. Dennoch ist die Handlungsorientierung von einer Art Ohnmacht und dem Gefühl der Hilflosigkeit begleitet, was dazu führt, dass normative Vorgaben auf eigene Faust durchbrochen werden, auch wenn dies persönliche Konsequenzen, ggfs. Sanktionen nach sich zieht. Im Unterschied zum Handlungstypus *Verneinung und Machtlosigkeit* zeigt sich hier eine Handlungsorientierung, die sich auch gegen das Primat wachsender ökonomischer Rahmenbedingungen verwehrt, aber durch die Entwicklung und Umsetzung eigener Handlungsstrategien eine offene Kommunikation und Kooperation umgeht, wissend darum, dass dies möglicherweise mit Sanktionen verbunden sein könnte. Obwohl die Beziehungsebene zu den Pflegebedürftigen und den Mitarbeitern als wesentlich und wichtig eingeschätzt wird, konnte rekonstruiert werden, dass diese Haltung eine pragmatische Folge passiver, hilfloser, resignierter, enttäuschter und ernüchternder Einstellung ist, die zu einem Rückzug aus der Kommunikation und der Kooperation mit den verantwortlichen Vorgesetzten führt, sodass eigene Entscheidungen im Alleingang getroffen werden. Hier wird nicht der offene Weg einer aktiven Einflussnahme in Erwägung gezogen, sondern es zeichnet sich ungeachtet des Widerstandes gegenüber den Entwicklungen vorrangig eine ratlose, hilflose Passivität in der handlungsleitenden Orientierung ab. Möglicherweise liegt hier das Gefühl vor, der Situation emotional hilflos ausgeliefert zu sein, sodass eine Unfähigkeit entsteht, reflektiert, offen und transparent zu handeln. Die Autoren Schimank/Volkman (2008) weisen in diesem Zusammenhang auf eine gegenteilige Perspektive der Ökonomisierung hin, die auf dysfunktionale Effekte der Ökonomisierung beruhen. Dies geschieht u. a. dann, wenn beispielsweise die Identifikation der Akteure einbricht, sobald sie spüren, dass ihre intrinsische Motivation zugunsten der Kostenersparnis missbraucht wird (vgl. Kap. 2.4.3).

Mit der Rekonstruktion der jeweiligen Handlungsorientierungen im Rahmen der Ökonomisierung in der vollstationären Langzeitpflege wurde eine Grundtypologie entwickelt, welche die handlungsleitenden Orientierungen der Akteure in der Versorgungspraxis der Langzeitpflege rahmen. Hierbei zeigt sich, dass den Orientierungen gemeinsame Werthaltungen zugrunde liegen, die das Berufsverständnis maßgeblich prägen. Dennoch unterscheiden sich die Handlungsorientierungen der Akteure in der Art und Weise, wie die Akteure die ökonomisch bedingten Veränderungen in der Versorgungspraxis verarbeiten, in differenzierter Weise. Insofern verweist das Ergebnis der vorliegenden Typologien sowohl auf die positiven Effekte, die von den Strukturen und Maßnahmen der Ökonomisierung zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung ausgehen, als auch auf die Gefahren, die vor allem bei den Akteuren auf der unteren Managementebene mit zunehmender Nähe zur pflegerischen Handlungspraxis von ihrer hohen Anpassungsbereitschaft ausgehen. Denn bei diesen werden Grenzen nicht ausreichend wahrgenommen und reflektiert. Gleichzeitig zeigt sich, dass durch die Verneinung und den Widerstand der Akteure gegen die Entwicklungen der Ökonomisierung wertvolle Ressourcen durch fehlende Kooperation und Kommunikation für die gesamte Handlungspraxis verloren gehen. Hier zeigen sich Implikationen zur Notwendigkeit einer bewussten Auseinandersetzung mit der Wahrnehmung und Reflexion von Werten, die in ihnen die Würde unterstützenden Aspekten zur Stärkung der Eigenwürde und des Selbstrespekts der Akteure beitragen sollen. Hierdurch soll die Verantwortung zur eigenständigen ethischen Reflexion gestärkt und die Autonomie der Akteure gefördert und weiterentwickelt werden.

6.3 Innovationsperspektive für die pflegerische Versorgungspraxis

In einem weiteren empirischen Schritt der Analyse konnten vor dem Hintergrund der ökonomisch bedingten Wandlungsprozesse in den Einrichtungen Rückschlüsse auf mögliche Potenziale abgeleitet werden, die zu einer Weiterführung der Pflegequalitätsdebatte beitragen sollen. In der Beantwortung dieser Frage konnte aus den empirischen Ergebnissen der Analyse eine (3) Innovationsperspektive entwickelt werden, die durch eine Sensibilisierung für die Wahrnehmung von Werten zu einer Stärkung der Wertsphäre pflegerischer Versorgungspraxis und einer damit verbundenen Stärkung der Feldautonomie beitragen kann. Grundlegend für die Auseinandersetzung mit dieser Perspektive waren wertvolle Aspekte, die im Rahmen der Analyse aus dem Datenmaterial rekonstruiert wurden. Hierbei zeigte sich, dass die bestehenden Unterstützungsangebote durch die Einrichtungen für alle Akteure unzureichend sind und den eigentlichen Bedarf nicht wirklich widerspiegeln. Dieser Befund steht im Widerspruch zu den Bedürfnissen der Akteure, die durchaus ein Interesse an neuen Impulsen in der Auseinandersetzung mit den Entwicklungen

der Einrichtungen haben. Es liegen empirische Anhaltspunkte dahingehend vor, dass die Angebote durch die Einrichtung vor allem von den Pflegenden der älteren Generation nur unzureichend in Anspruch genommen werden. Die Analyse zeigt insgesamt, dass im vorliegenden Untersuchungsfeld vor allem im „organisatorisch-sozialen“ Bereich mögliche Potenziale zur Unterstützung und weiteren Innovation der Akteure bestehen (vgl. Kap. 5.5.1). Hiervon sind ganz besonders die Akteure der mittleren und unteren Managementebene betroffen, die im Bereich der Wertwahrnehmung und der Wertsensibilisierung eine willkommene Möglichkeit sehen, das eigene Verhalten, die eigenen Haltungen und Handlungsorientierungen kritisch zu reflektieren. Sie wünschen sich hierzu eine Unterstützung in der Weiterentwicklung ihrer Kompetenzen, um eine mögliche Entlastung in den täglichen Auseinandersetzungen mit den gegebenen „großen“ und „kleinen“ Konfliktsituationen zu erfahren. Im Sinne Weidners (1995) steht hierbei die Weiterentwicklung „ethisch-moralischer Kompetenz“ professionellen Pflegehandelns im Vordergrund, die vor allem zur Sicherstellung eines ethisch-moralisch reflektierten Pflegehandelns dienen soll (vgl. Kap. 2.1.3.3).

Sowohl auf der Akteursebene des mittleren als auch des unteren Managements beider Grundtypiken konnte gezeigt werden, dass in Unterstützungsmaßnahmen zur bewussten Wahrnehmung von Werten unausgeschöpfte Potenziale vorliegen, die durch die Reflexion „aufreißender Konflikte“ zu einer Werte unterstützenden und einer wertbildenden Perspektive beitragen sollen. Hierin zeigen sich neue Möglichkeiten zur Förderung und Weiterentwicklung der Kompetenzen in der Beziehungsgestaltung auf allen Ebenen der Einrichtungen, sodass aufwendige sowie kostenintensive Reibungsverluste in den alltäglichen Arbeitsprozessen vermieden werden können. Auch in dem Bedürfnis nach einer geistig-seelischen Auseinandersetzung im Rahmen der Konfliktbewältigung kann von einem Streben nach einer „universellen Wertperspektive“ ausgegangen werden, das im Sinne Kernbergs (2014) dem Wunsch entspringt, in der Transformation eine Bewältigung von Konflikten zu suchen (vgl. Kap. 2.1.3.3).

Insgesamt ist zu konstatieren, dass die Akteure deutliche Vorstellungen davon vorweisen, wie Maßnahmen zur Wertbildung ziel- und lösungsorientiert in die tägliche Arbeitsprozessgestaltung eingeführt werden können. Hierbei stehen vor allem die Regelmäßigkeit in der Anwendung möglicher Strategien zur Wertsensibilisierung im Vordergrund sowie ein möglicher „Brückenschlag“ in der Zusammenarbeit der Pflegenden unterschiedlicher Generationen. Die Akteure empfehlen darüber hinaus eine Zurückhaltung bei der Einführung von „aufwendigen Instrumenten“ und „Tools“, die vielversprechend erscheinen, aber weder in der Einführung eines Wertbildungsprozesses noch zur Förderung einer Nachhaltigkeit der Wertbildung geeignet sind. Sie ver-

binden die Anwendung „populärer“ Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen vielmehr mit einer Enttäuschung über deren geringen Nutzen. Die Akteure, vor allem der Grundtypik (*Typ II*) *Ab-
lehnung der Ökonomisierung*, reklamieren viel eher einen Mangel an eindeutigen und konsequent gelebten Werthaltungen, die in den Einrichtungen zu einer glaubwürdigen Gestaltung einer wer-
teorientierten Kultur beitragen würden (vgl. Kap. 5.5.1.3).

Ansätze zur Umsetzung geeigneter Maßnahmen, die zu einer wertorientierten Pflege- und Unternehmenskultur beitragen, lassen sich sowohl aus der Innovationsperspektive der vorliegen-
den Studie als auch aus bereits bestehenden Modellen einer Werte unterstützenden Organisa-
tionspraxis ableiten. Denkbar hierzu ist ein Entwurf, der die berufsethischen Implikationen der Pfl-
ge sowie die betriebswirtschaftlich notwendigen Anhaltspunkte in ihren statischen und dynami-
schen Aspekten bewusst inkludiert. In diesem Zusammenhang könnte im Rahmen von Kultur-
wandlungsprozessen zur „sozial sensiblen Steuerung“ der Organisationsprozesse ein Konzept zur
Gestaltung einer wertorientierten Handlungspraxis beitragen, das alle betrieblichen Ebenen ein-
bezieht und so als Transformationsprozess eingeleitet und etabliert werden kann. Im Vorder-
grund steht die bewusste Aufmerksamkeit und Wahrnehmung von Werten sowie die Reflexion
von Werten, die dazu beitragen soll, sowohl die Kooperationsbereitschaft als auch die Kooper-
ationsfähigkeit der Akteure zu stärken, weiterzuentwickeln und zu fördern. In der hierzu entwi-
ckelten Wertperspektive lassen sich sowohl die theoretisch analysierten Aspekte der Werte
(vgl. Kap. 2.1) als auch die rekonstruierten Aspekte der Werte durch die Akteure (vgl. Kap. 5.4)
als gemeinsame Orientierungspunkte zusammentragen. Hierbei soll der Würdebegriff als objekti-
ver Fluchtpunkt pflegerischer Werthorizonte mit seinen weitreichenden Implikationen an zentra-
ler Stelle stehen.

7 Rückblick und Ausblick

Im Rahmen der Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung steht das deutsche Gesundheitssystem vor großen Herausforderungen, da sich durch den fortschreitenden Prozess der Ökonomisierung und die damit verbundene Zunahme marktwirtschaftlicher Steuerungsprozesse strukturelle Veränderungen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens abzeichnen (vgl. Kap. 2.3.3, 2.3.4). Diese ziehen erhebliche Veränderungen in der Versorgungspraxis nach sich. Auch die Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege sind von diesen Veränderungen betroffen, da die Verteilung der Güter und Dienstleistungen in zunehmendem Maße an die Kriterien der Logik der Marktwirtschaft angepasst werden. Berücksichtigt werden müssen hierbei insbesondere die betriebswirtschaftlichen Handlungsspielräume der Einrichtungen sowie die geforderte Qualität der Sorgearbeit.

Die mit den strukturellen Veränderungen einhergehende Leistungssteigerung und Arbeitsverdichtung sowie der Zeitdruck und die veränderten Wettbewerbsstrukturen führen zu ökonomisch induzierten Transformationsprozessen in den Einrichtungen, die nicht nur die Organisationsstrukturen der Einrichtungen, sondern auch die Wertsphäre der Akteure in erheblichem Maße beeinflussen. Durch die Erwartungen von Politik und Gesellschaft geraten Management und Pflegende in den Einrichtungen hierbei in ein Spannungsfeld zwischen der Werteperspektive „*humaner Lebensorte*“ einerseits und einer „*rationalen Unternehmensführung*“ andererseits (vgl. Kap. 2.3.5). Die gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen sind gezwungen, sich mit den verbundenen strukturellen Anforderungen auseinanderzusetzen, da sie einen deutlichen Einfluss auf die Qualität der Versorgungsangebote sowie auf das Versorgungshandeln der Akteure nehmen. Die Auseinandersetzung mit der Ökonomisierung und ihrem Einfluss auf die Versorgungsstrukturen und das Versorgungshandeln der Akteure in den Einrichtungen des Gesundheitswesens wurde in der Gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Versorgungsforschung bislang wenig aufgegriffen. Einzelne Studien in diesem Bereich liegen vor und bearbeiten vor allem die Folgen für die Einrichtungen des Gesundheitswesens seit Einführung der Pflegeversicherung in den Jahren 1995 und 1996. Für die Untersuchung zu den Folgen der Ökonomisierung konnten empirische Befunde zu den ethischen und ökonomischen Konfliktfeldern im Feld der Pflege herangezogen werden, die mit ihren Erkenntnissen zur Auseinandersetzung in der Fragestellung der hier durchgeführten Studie beitrugen (vgl. Kap. 2.3.5).

Mit dem Desiderat der vorliegenden Arbeit wurde eine neue Perspektive für die Versorgungspraxis der stationären Langzeitpflege eröffnet. Diese lässt eine Verbindung zwischen den

Erkenntnissen der Wertphilosophie und der Wertforschung in ihrer Bedeutung für die Handlungspraxis (vgl. Kap. 2.1) und den impliziten Anforderungen der Akteure an eine Wertsphäre zu, die mithilfe der dokumentarischen Methode rekonstruiert wurde. Die Perspektive bietet eine Grundlage zur Entwicklung eines geeigneten Wertekonzeptes, das zur Unterstützung der kulturellen Aspekte in den Einrichtungen beitragen kann. Hierdurch werden die Werthaltungen der Akteure fokussiert, die unter dem Einfluss der Ökonomisierung in Bedrängnis geraten (vgl. Kap. 2.2.3, 2.4.1). Vor diesem Hintergrund der Brisanz der Thematik sind die Ergebnisse der vorliegenden Studie gleichzeitig auch für weitere Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens von hoher Relevanz.

Die vorliegende Analyse setzte sich mit den Fragen des vorgenannten Transformationsprozesses im Feld der gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Versorgungsforschung auseinander. Hierbei konnte ein Paradigmenwechsel in der stationären Langzeitpflege rekonstruiert werden, der die Akteure sowohl in ihrer fachlichen, betriebswirtschaftlichen als auch in ihrer werteorientierten Handlungspraxis herausfordert.

Ausgehend von der These eines dauerhaften Strukturwandels im Versorgungsbereich der vollstationären Langzeitpflege und dem damit verbundenen Erkenntnisinteresse zu dem Ausmaß der Ökonomisierung auf die Versorgungsstrukturen und das Versorgungshandeln der Akteure haben die Ergebnisse der Studie gezeigt, dass die Akteure zur Umsetzung von Managementkonzepten im Sinne einer Effektivitäts- und Effizienzsteigerung überwiegend aktiv und engagiert beitragen (vgl. Kap. 5).

Dennoch werden die Ökonomisierungstendenzen im Arbeitsprozess der Akteure unterschiedlich wahrgenommen und ambivalent diskutiert. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass die interviewten Akteure, ähnlich wie sich dies bereits in vorangegangenen Studien in Krankenhäusern zeigte, sowohl Zustimmung als auch Kritik in Verbindung mit der Ökonomisierung formulieren (vgl. Kap. 2.3.3).

In der Frage nach dem Einfluss der Ökonomisierung auf die Werthaltungen und das Ethos der Akteure und der Pflegenden wird das hiermit verbundene Ausmaß der Veränderungen sowohl für die Individuen als auch für das soziale Gefüge des Pflegefeldes deutlich. Dies geht aus den rekonstruierten Handlungsorientierungen der Akteure der beiden Grundtypen sowie aus den weiteren Ausdifferenzierungen der jeweiligen Untertypen hervor (vgl. Kap. 5.3.1). Obwohl in den Orientierungen aller Akteure ein enger Zusammenhang mit den grundständigen Werthaltungen und dem Berufsverständnis professioneller Pflege rekonstruiert werden konnte, zeigte sich indes

ein differenzierter Unterschied in ihrer jeweiligen Handlungspraxis, mit der sie ihre innere Einstellung, ihre Werthaltungen, ihr Ethos und damit verbunden ihre Professionalität unter den Rahmenbedingungen der Ökonomisierung gestalten (vgl. Kap. 2.1.3.1, 5.3). Es wird deutlich, dass der zunehmende Druck zu notwendigem wirtschaftlichem Handeln in den Einrichtungen sowohl zu einer Erhöhung der Wirtschaftlichkeit (Schimank/Volkmann 2008), allerdings ebenfalls zu Einschnitten in der Qualität gesundheitsbezogener Versorgungsleistungen führt, indem die Akteure mit ihrer Orientierung an den berufsethischen Ansprüchen an ihre Grenzen geraten (vgl. Kap. 2.4.3). Hiermit verbunden zeichnet sich ein Handlungsbedarf für die Einrichtungen ab, der zur Unterstützung der handlungsleitenden Orientierungen der Akteure und damit zur Stärkung des professionellen Feldes der Pflege beitragen sollte, um den Balanceakt wirtschaftlicher und ethischer Anforderungen kongruent zu gestalten.

Darüber hinaus zeigt sich, dass die Autonomie der handelnden Akteure in den Einrichtungen der Langzeitpflege durch die ökonomischen Leistungsanforderungen deutlich eingeschränkt ist. Dies manifestiert sich sowohl in den Qualitätseinbußen der pflegerischen Versorgungspraxis als auch in einer „Vernachlässigung“ der Wertsphäre und des wertorientierten Ethos der Akteure, indem die Akteure implizit sowohl von einer Handlungsorientierung: *„Pflege ist Leidenschaft“* (Typ I) als auch von einer Handlungsorientierung der *„Hilflosigkeit“*, des *„Widerstands“* und der *„Ohnmacht“* (Typ II) ausgehen (vgl. Kap. 5.3).

Vor dem Hintergrund der feldtheoretischen Perspektive Pierre Bourdieus zeigt sich der Prozess der Ökonomisierung in der vorliegenden Studie als Phänomen, da die Akteure sich täglich zwischen den Logiken zweier Sphären, der ökonomischen Sphäre einerseits und der Wertsphäre andererseits bewegen. Hierin führen sowohl kleine als auch größere Entscheidungsfragen zu Wertkonflikten in der unmittelbaren Versorgungspraxis. Diese Spannungsfelder werden ganz besonders sichtbar, wenn die Wertvorstellungen der Akteure gegenüber der (1) *ökonomischen Sphäre*, der (2) *sozialen Sphäre*, der (3) *kulturellen Sphäre* sowie gegenüber der (4) *pflegerischen Sphäre* voneinander abweichen. Von zentraler Bedeutung sind vor allem die unterschiedlichen Werthaltungen der Generationen. Auch wenn die hier rekonstruierten Sphären keine eindeutige und präzise Trennschärfe zulassen, kann davon ausgegangen werden, dass sie dennoch explizit die Bereiche abbilden, die bei der Rekonstruktion der Handlungsorientierungen der Akteure in unterschiedlichem Maße eine besondere Relevanz aufweisen und daher für den Untersuchungsrahmen zu berücksichtigen sind.

Die empirischen Befunde der Studie lassen insgesamt auf eine Heterogenität der handlungsleitenden Orientierungen der Akteure im Feld schließen, die sowohl durch eine hohe Anpassungsbereitschaft (Typ I) als auch durch Widerstände der Akteure gegenüber den Maßnahmen zur Gestaltung einer effektiven und effizienten Praxis der Einrichtungen geprägt ist (Typ II) (vgl. Kap. 5.3).

Vor dem Hintergrund der ökonomisch bedingten Wandlungsprozesse konnten in einem weiteren empirischen Schritt der Untersuchung Rückschlüsse auf mögliche Potenziale abgeleitet werden, die insgesamt zu einer Weiterführung der Pflegequalitätsdebatte beitragen sollen. In der Beantwortung dieser Frage kann aus den empirischen Ergebnissen der Analyse in Verbindung mit der theoretischen Auseinandersetzung zur Entstehung der Werte (vgl. Kap. 2.1.1), der Funktion von Werten (vgl. Kap. 2.1.2) und den theoretischen Aspekten pflegerischer Werthorizonte (vgl. Kap. 2.1.3) schließlich eine Innovationsperspektive für die Einrichtungen entwickelt werden (vgl. Kap. 5.3). Diese verweist mit ihren rekonstruierten Ergebnissen auf Implikationen, die einer Sensibilisierung für die Wahrnehmung und Reflexion von Werten dienen soll, um so zur Unterstützung der Wertsphäre in der pflegerischen Versorgungspraxis beizutragen (Kap. 6.3). Hierdurch soll die Verantwortung der Akteure zur eigenständigen ethischen Reflexion unterstützt (Weidner 1995) und damit verbunden die Autonomie des gesamten Feldes gefördert und weiterentwickelt werden. Mit diesem Vorgehen soll einer ethisch fragwürdigen Pflegepraxis (Käppeli 2009) bewusst entgegengewirkt werden, indem das Ethos der Pflege unmittelbar beeinflusst wird. Mit diesem Prozess der Stärkung des professionellen Habitus sind die Einrichtungen eher in der Lage, äußere Anforderungen so aufzunehmen, dass sie in die eigene Feldstruktur integriert werden können und dahingehend im Sinne Schroeters (2005) als gesellschaftlicher Mikrokosmos durch eigene Regeln und Maßstäbe zu ihrer „relativen“ Autonomie selbst beitragen (vgl. Kap. 3.3.2). Fehlende oder latente Widerstände so Bode (2013) können angesichts der weitreichenden Konsequenz der Ökonomisierung auf die Handlungspraxis der Akteure somit aufgegriffen und reflektiert werden.

Die pflegerische Versorgungspraxis kommt nicht umhin, ihre Einrichtungen wirtschaftlich zu führen und hierzu Instrumente der Betriebswirtschaftslehre in Anwendung zu bringen, da sie nicht dauerhaft entgegen einer betriebswirtschaftlichen Logik geführt werden können. Durch die bewusste Auseinandersetzung der Einrichtungen mit der Wertperspektive kommen die Einrichtungen so ihrem Auftrag nach, gesellschaftliche Werte, wie Gerechtigkeit und Menschenwürde, umzusetzen, die nach Schneider (2010) die Integration ethischer Perspektiven und eine Sensibilität für die sozialen Problemlagen einschließen (vgl. Kap. 3.3.2). Diese Implikationen legen den

Bedarf einer Managementphilosophie in den Organisationen nahe, indem durch eine „*sozial sensible Steuerung*“ der Organisationsprozesse auf die Wertsphäre Bezug genommen wird, um auf diese Weise zu einer Stärkung der Werthaltungen beizutragen, ohne jedoch zwangsläufig durch wirtschaftliches Handeln den gesundheitlichen Outcome sowie die Rahmenbedingungen der pflegerischen Versorgungspraxis zu schmälern.

Hierzu bietet auch aus der neoinstitutionalistischen Perspektive die Auseinandersetzung mit der Wertperspektive eine Möglichkeit, dass „ungenutzte Gestaltungschancen bei der Qualitätsentwicklung in der stationären Altenpflege“ aufgegriffen werden, die aus einem sogenannten „*erschreckenden pflegekonzeptionellen Vakuum*“ (Höhm ann 2010) herausführen sollen. Durch die Stärkung des professionellen Habitus der Akteure soll der starken „Außenorientierung“ sowie der „Nachahmung“ von Prozessen und Strukturen aus anderen ökonomisch erfolgreichen Unternehmen entgegengewirkt werden, indem die Bedürfnisse der eigenen Einrichtungen vor dem Hintergrund der Werteperspektive verstärkt in den Blick genommen werden.

Demzufolge entsteht auch die Möglichkeit, dass die professionellen Akteure in ihrer „sozialen Ehre“ (Senne 2000) und in ihrem professionellen Zugehörigkeitsgefühl unterstützt werden, indem durch ein werteorientiertes, reflektiertes Handeln die Besinnung auf die eigenen Möglichkeiten stattfinden kann (vgl. Kap. 2.3.5). Schließlich sollte eine werteorientierte Kultur in den Einrichtungen dazu beitragen, die Rahmenbedingungen nicht vorherrschend durch ein „zweckrationales Denken“ zu bestimmen, in welchem eine werteorientierte Reflexions- und Handlungsebene zu wenig berücksichtigt wird (Bauer 2003). Hier sollte viel eher eine gute Organisation und Kooperation die Akteure in ihren Sinnstrukturen unterstützen, die mit ihrer beruflichen Identität verbunden sind, sodass sie hierin Bestätigung und nicht Entfremdung in ihrer Alltagspraxis erfahren. Organisatorisches sollte dabei so gestaltet werden, dass die Akteure nicht darin beschränkt werden, ihren Werten Ausdruck zu verleihen (Stacey 2011), was vielfach dazu führt, dass eine ganze Berufsgruppe sich dazu entscheidet, das Berufsfeld zu verlassen (Hasselhorn 2005) (vgl. Kap. 2.3.5).

Die Studie hat gezeigt, dass sich im Zuge des internationalen Umstrukturierungsprozesses des Gesundheitswesens Ökonomisierungsprozesse mehr und mehr fortsetzen, sodass Fragen nach einer qualitätsorientierten Pflege sowie nach der Rationalisierung und Rationierung von Gesundheitsleistungen im Rahmen der Verteilungsgerechtigkeit in der politischen Debatte anhalten. Diese Debatten zur gesundheitlichen Versorgung und den damit verbundenen Anforderungen, Mitteln und Kosten für die Ausgaben in diesen Bereichen an den Kriterien einer gerechten

Verteilung auszurichten, bleibt mit einem impliziten Anspruch ethisch begründeter Vernunft zu wirtschaftlichem Handeln verbunden. Dieser muss sich auf Makro-, Meso- und Mikroebene vollziehen und dort reflektiert werden (SVR 2007). Vor diesem Hintergrund bietet die vorliegende Studie wesentliche Erkenntnisse, die durch die Innovationsperspektive der Analyse dazu beitragen, eine Lücke bisheriger Forschungen in diesem Zusammenhang zu schließen und neue Erkenntnisse bereitzustellen.

Möglichkeiten und Grenzen der Untersuchung

In einer kritischen Auseinandersetzung zu den Möglichkeiten und Grenzen der Untersuchung sei vorangestellt, dass der Wertbegriff in seiner unterschiedlichen und dehnbaren Interpretation zweifellos zu Irritationen führen kann, die mitunter durch eine ideologische Verwendung des Wertbegriffes verstärkt werden. Auch in der Wertphilosophie sowie in der sozialwissenschaftlichen Diskussion wird von einem Wandel der Werte und einer Schwächung ihrer Bindekraft bzw. ihrem ersatzlosen Verlust unterschieden, eine Betrachtung, die nach Joas (1999) den negativen Folgen kapitalistischer Marktwirtschaft zugeschrieben wird und die mit einem Verlust an Vorbildern und einer fehlenden Bereitschaft zur Disziplin einhergeht (vgl. Kap. 2.1.1.2).

Dennoch zeigte sich in der vorliegenden empirischen Untersuchung, dass die Akteure mit dem Wertbegriff eine implizite Allgemeingültigkeit und Universalität in Verbindung bringen, die sich von den subjektiven Wertpräferenzen in den Handlungsorientierungen der Individuen eindeutig unterscheiden. Hier kann davon ausgegangen werden, dass im Sinne Kuhns (Gebhardt 1989) der Wertbegriff in seiner Funktion eine Rolle übernommen hat, die als Ersatz für die ursprünglich metaphysische Bedeutung des Wahren, Guten und Schönen dient. In diesem Zusammenhang kommt dem Wertbegriff eine Bedeutung zu, die dem menschlichen Bedürfnis nach einer ursprünglichen Ordnung der Dinge entspricht und dieser so ihre Legitimität zurückzugeben vermag (vgl. Kap. 2.1.1.2). Die Ergebnisse der Studie zeigen sowohl in ihren theoretischen wie empirischen Analyseschritten, dass der Wertbegriff über eine beliebige Interpretation hinaus in einer Weise Gültigkeit hat, indem hiermit objektive, universale Maßstäbe menschlicher Haltungen in ihrer Orientierung verbunden sind. Hierzu trägt vor allem die Definition des Würdebegriffes als „Fluchtpunkt pflegerischer Werthorizonte“ bei, mit dem gleichsam eine objektive Dimension in die Wertedebatte eingeführt und unterstützt werden soll.

In der Auseinandersetzung mit der Frage nach dem Einfluss des ökonomischen Paradigmas auf die Werthaltungen und das Ethos der Akteure ist für die Kennzeichnung eines „Ethos guter Pflege“ ein „übergeordneter Standpunkt“ einzunehmen, bei dem die Menschenwürde als univer-

saler und objektiver Wert in seiner orientierungsgebende Funktion an zentraler Stelle steht. Obwohl dem Begriff der Würde im Kantischen Sinne eine universale Idee vorausgeht (vgl. Kant, 1994, 435), wird es notwendig sein, ein gemeinsames Verständnis für den Würdebegriff zu schaffen, da dieses sowohl in den unterschiedlichen Kulturen als auch im Bewusstsein der Pflegenden unterschiedlich determiniert ist. Im pflegewissenschaftlichen Kontext verdichtet sich hier jedoch mit dem transzendentalen philosophischen Zugang zu dem Begriff der Autonomie bei Kant die notwendige existenzielle Frage danach, ob die Menschen, die diese Autonomie durch ihre Erkrankung eingebüßt haben, auch gleichzeitig ihre Menschenwürde verloren haben? Vor dem Hintergrund dieser unmissverständlichen Frage ist auch in der vorliegenden Studie von einer universalen Ethik auszugehen, bei der die Universalität der Menschenwürde nach Milton (2008) als ein absolutes Axiom, als eine Letztbegründung, angenommen werden kann, nach dem in jedem Menschen die Würde als Wert innewohnt, den er niemals verlieren kann und den es gleichermaßen zu schützen gilt (vgl. Kap. 2.1.3.4). In diesem Zusammenhang bietet der Begriff der Würde in seiner Universalität eine Reflexionsfolie für die Wertperspektive an, die vor dem Hintergrund der orientierungsgebenden Funktion eine Beliebigkeit ausschließt und die Eigenwürde der Akteure einbezieht.

Darüber hinaus wird es notwendig sein, in einem nächsten Schritt die Ausformulierung eines differenzierten Modells für die Einrichtungen vorzulegen, um die berufsethischen Implikationen durch die hier rekonstruierte Wertperspektive weiterzuentwickeln. Weitere Forschungsuntersuchungen im Bereich der Unternehmens- und Organisationsethik könnten sich für einen geeigneten Theorie-Praxis-Transfer hierzu als hilfreich erweisen und zu wesentlichen weiteren Erkenntnissen beitragen.

Sicherlich kann die vorgelegte Arbeit in diesem Sinne als Anregung dienen, dem wachsenden gesellschaftlichen Veränderungen ein Modell zur Reaktivierung von und eine Besinnung auf die Wertperspektive an die Hand zu geben, um dem Primat einer einseitigen ökonomischen Rationalität ein wesentliches Element organisationsethischer und pflegeethischer Handlungsorientierungen gegenüberzustellen. Dies mit dem Ziel, die Werte in ihrer tiefen Dimension und ihrer weitreichenden Bedeutung als „integriertes Wertesystem“ zu verstehen, das universelle Gültigkeit aufweist und von den Grundprinzipien der Liebe und des Respekts des Menschen gegenüber seinen Mitmenschen und sich selbst in Verantwortung geleitet wird (Kernberg 2014) (vgl. Kap. 2.1.3.4).

Mit dem abschließenden Blick auf die Möglichkeiten und Grenzen der Untersuchung und der angewandten Forschungsmethode im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsforschung soll die dokumentarische Methode nach Bohnsack, durch welche die Rekonstruktion der handlungsleitenden Orientierungen der Interviewten erst ermöglicht wurde, noch einmal gewürdigt werden.

Das Auswertungsverfahren der dokumentarischen Methode machte eine tiefe Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial möglich und ließ eine weitreichende Einsicht in die Relevanzstrukturen der Akteure zu. Auch wenn bereits in der Beschreibung des Forschungsprozesses fragile Teilaspekte hinsichtlich der angewandten Praxis bei der Umsetzung der dokumentarischen Methode hinreichend kritisch diskutiert wurden, soll an dieser Stelle auf das generelle Problem der Technik qualitativer Interviews hingewiesen werden (vgl. Kap. 4.3.2). Hierbei stellt sich nach Hopf (1978) unabhängig von einer „mehr oder minder starken Leitfadenbindung“ ein Problem dar, das die Interviewführung in der Forschungspraxis grundsätzlich beeinträchtigt, indem ein spontanes Kommunikationsverhalten einerseits gefördert werden soll und andererseits durch das dialogische Verfahren die Interviewsituation durch das Interesse des Forschers beeinträchtigt wird (Hopf 1978). Auch das Vorgehen und das Verfahren in der vorliegenden Untersuchung kann sich hiervon nicht ganz freisprechen. Dennoch sei ausdrücklich hervorgehoben, dass aus der Sicht der Autorin der Zugang zu den Werthaltungen der Akteure in der vorliegenden Studie durch die Anwendung der Methode sehr gut zur Explikation gebracht werden konnte. Auch wenn sich die Methode in der Praxis als sehr aufwendig erwies, hat sie sich gerade hier besonders bewährt, da von einer grundsätzlichen Empfindsamkeit auszugehen ist, wenn Menschen sich in dem, WIE sie ihren inneren Welt- und Wertbezug wahrnehmen, zeigen „sollen“. Auch die Feininterpretation der kommunikativen Wissensbestände dessen, WAS die Einrichtungen der Langzeitpflege im Zuge der Ökonomisierung strukturell beeinflusst, hat zum Verständnis der Orientierungen der Interviewten wesentlich beigetragen. Dies bestätigt, dass der Rahmen der Organisation im Interesse der Forschungsfrage als Gegenstand des Feldes nicht unabhängig von den Erfahrungsräumen der Akteure zu betrachten ist, da durch die Heterogenität der Organisationen eine Vielzahl sozialer Räume und Milieus aufeinandertreffen, die unterschiedliche Wissensbestände als Rahmen für die Handlungspraxis der Akteure hervorbringen (Jansen et al. 2015). Vor diesem Hintergrund führt eine einseitige Reduktion auf den konjunktiven Erfahrungsraum der Akteure bei der Analyse der sozialen Organisationen den Autoren zufolge „in die Irre“. Günther (1979) schlägt in diesem Zusammenhang mit seiner Theorie der Polykontextualität mit dem Begriff der Kontextur eine Alternative vor, die sowohl explizite als auch implizite Strukturen in der

Bedeutung der Organisationsforschung zusammenfassend hervorhebt (ebd.). Diese Entwicklung kann auch aus Sicht der Autorin rückblickend als Bereicherung für die Methode gedeutet werden, die wesentlich zur Präzision in der Versorgungsforschung des Gesundheitswesens beitragen kann.

Ausblick für die Versorgungspraxis

In der weiteren Auseinandersetzung mit der rekonstruierten Innovationsperspektive der Studie konnte in der breiten Diskussion zur quantitativen und qualitativen Sicherstellung der Pflege im Unterschied zu vielen anderen Studien eine Perspektive eröffnet werden, die den Einrichtungen in der Begegnung der vorliegenden Befunde an die Hand gegeben werden soll. Vor dem Hintergrund der gewachsenen Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung der Pflegbedürftigen müssen hierbei vor allem die betriebswirtschaftlichen Handlungsspielräume der Einrichtungen als auch die geforderte Qualität der Sorgearbeit in den Blick genommen werden, um diese in ihren fortschreitenden Ansprüchen langfristig zu sichern. Die Notwendigkeit hierzu bestätigen vor allem Pflegebedürftigkeitsprognosen und Modellrechnungen, die zeigen, dass der vollstationäre Pflegesektor unverzichtbar sein wird (vgl. Kap. 2.2). Ansätze hierzu, welche die Akteure in ihrer Autonomie sowie in ihrem Spannungsfeld zwischen den widersprüchlichen Erwartungen einer „rationalen ökonomischen Sphäre“ einerseits und einer „Wertsphäre“ andererseits unterstützen, können aus der Innovationsperspektive der vorliegenden Studie abgeleitet werden. Mit den Ergebnissen der Studie zeigen sich Ansätze zu einem möglichen Modell eines Wertekonzepts, das mit der Weiterentwicklung kulturbeeinflussender Faktoren der Einrichtungen einhergeht und hierzu eine Orientierung bietet.

Die Ergebnisse der Rekonstruktion der handlungsleitenden Orientierungen der Akteure haben gezeigt, dass die Akteure in der ethischen Komplexität ihrer Handlungspraxis einer Unterstützung bedürfen (vgl. Kap. 2.1.3.3). Aus den zusammenfassenden Analysen zwischen den theoretischen Erkenntnissen pflegerischer Werthorizonte in ihrer orientierungsgebenden Funktion (vgl. Kap. 2.1.3) und den rekonstruierten handlungsleitenden Orientierungen der Akteure im Feld (vgl. Kap. 6.3) lassen sich hierzu geeignete Implikationen ableiten, die zur Gestaltung einer wertorientierten Pflege- und Unternehmenskultur beitragen sollen. Dieser Ansatz sollte im Rahmen eines Kulturwandlungsprozesses zur „sozial sensiblen Steuerung“ der Organisationen führen, indem die betriebswirtschaftlich notwendigen Anhaltspunkte sowie die berufsethischen Implikationen der Pflege in ihren jeweils statischen und dynamischen Aspekten in allen betrieblichen Ebenen bewusst einbezogen werden. Die hiermit verbundene Entwicklung einer Wertekultur in den Pfl-

geeinrichtungen soll die Akteure durch eine Wertsensibilisierung in ihrer Fähigkeit zu ethisch-moralisch reflektiertem Handeln (Weidner, 1995) unterstützen und fördern. Hierdurch soll dem „Dilemma der Altenpflege“, das Roth (2007) zufolge vielfach mit einer mangelnden Fähigkeit der Pflegenden einhergeht, ihre Interessen wahrzunehmen und entsprechend zu artikulieren, entgegengewirkt und damit ein Beitrag zur Stärkung der Feldautonomie geleistet werden (vgl. Kap. 2.2.3, 2.1.3.3).

Die Anerkennung des Würdebegriffes, der in der hier eingeführten Form als gemeinsamer „*Fluchtpunkt pflegerischer Werthorizonte*“ dargestellt wird, dient dem Wertkonzept dabei als gemeinsamer Orientierungspunkt und soll die Entwicklung eines professionellen Habitus maßgeblich unterstützen.

Generell spiegeln sich Konzepte einer Würde unterstützenden Versorgungspraxis nach Görres (2007) auch in der anhaltenden Diskussion eines geeigneten Bezugsrahmens für ein Qualitätsniveau „guter Pflege“ wider. Sowohl in der internationalen Debatte als auch durch die Einführung der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (BMG 2009) sind Dimensionen und Merkmale für die Pflegequalität berücksichtigt, welche die Aspekte Würde, Verantwortung, Autonomie und Gerechtigkeit besonders hervorheben (Brandenburg 2014) (vgl. Kap. 2.1.3.4).

Auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen in den handlungsleitenden Orientierungen der Akteure beider Typologien sowohl einen Bedarf als auch das Bedürfnis nach Würde unterstützender Wertbereiche erkennen, den es sowohl für den Leistungsbereich als auch für den ethischen Bereich zu formulieren gilt. Hier stehen vor allem Werthaltungen, wie Respekt, Anerkennung, Achtung, Vertrauen, Verbundenheit und Wertschätzung, die sich in ihrer universalen Gültigkeit in einem dynamischen Geschehen der alltäglichen Praxis der Akteure manifestieren, im Vordergrund.

Im Rahmen eines sensibel gesteuerten Kulturwandlungsprozesses kann das Qualitätsniveau einer „guten Pflege“ durch die Entwicklung einer Pflegekultur, die sich durch die Kultur der Institution und der handelnden Personen wechselseitig beeinflusst, mithilfe einer wertorientierten Pflegepraxis umgesetzt werden. Insofern eröffnet die Perspektive zu einer wertorientierten Pflegepraxis eine Erweiterung der Pflegequalitätsdebatte durch philosophische und kulturelle Aspekte, die den Stellenwert der menschlichen Verbundenheit und die damit zusammenhängenden moralischen Werte, den Wert der Kommunikation und Kooperation in den Mittelpunkt pflegeethischen Handelns stellt.

Hierin sollen durch die bewusste Sensibilisierung zur Wahrnehmung und Reflexion Würde unterstützender Aspekte nach Gallaghers (2008) „Würdeverletzungen“ vermieden und die Pflegenden in ihren Möglichkeiten zu einer bewussten Gestaltung der Handlungspraxis gefördert werden (vgl. Kap. 2.1.3.4). Die Einrichtungen sollten vor allem darin unterstützt werden, ihre eigenen Bedürfnisse und Belange verstärkt in den Blick zu nehmen, sodass ihre innovativen wie fachlichen Konzepte erfolgreicher umgesetzt werden können (vgl. Kap. 2.3.5). Durch die Förderung und Entwicklung einer Wertekultur in den Einrichtungen kann dem beruflichen Selbstbild: „*Pflege ist leidensfähig*“ ebenso entgegengewirkt werden, wie den wahrgenommenen Einschränkungen eines individuellen, persönlichen Handlungsspielraums, der durch „Hilflosigkeit“, „Widerstand“ und „Ohnmacht“ gekennzeichnet ist (vgl. Kap. 2.1.3.4).

Hiermit verbunden ist die Formulierung bestimmter Werte, die für die ökonomische, soziale, kulturelle und pflegerische Sphäre gleichermaßen von Bedeutung sind. Auch wenn, wie bereits erwähnt, die genannten Sphären sich nicht trennscharf voneinander unterscheiden lassen, bieten sie doch die nötige Differenzierung zur Förderung einer Wertorientierung, die explizit die jeweiligen Bereiche der Organisationen in ihrer Komplexität einbezieht. Hierbei ist aus ethischen Gesichtspunkten einem Ressourcen schonenden Umgang im Bereich der ökonomischen Sphäre ebenso viel Bedeutung beizumessen, wie der Notwendigkeit zur Kooperation in der Ausgestaltung der sozialen, kulturellen und pflegerischen Sphären, die sich an universalen, kulturübergreifenden Gegebenheiten orientieren sollte. Die hiermit verbundenen sozialen Kompetenzen zur Förderung und Gestaltung guter Arbeitsbedingungen auf der Organisationsebene dienen als Voraussetzung für eine gelingende Umsetzung. Die soziale und dialogische Kompetenz der leitenden Akteure steht als Grundbedingung einer guten Kooperation hierbei im Vordergrund.

Aus der Beschreibung der vier Grundkomponenten Smelsers (1979) zur Umsetzung der Werte in die Handlungspraxis geht eine anerkannte Grundlage hervor, die der Konkretisierung und Umsetzung sozialen Handelns dienen sollte (vgl. Kap. 2.1.3). Ausgehend von Smelsers Differenzierung der Grundkomponenten sozialen Handelns sind demnach Werte als allgemeinste Komponenten des sozialen Handelns zu verstehen, welche die gewünschten Endzustände bezeichnen. Hierzu geht Smelser in seiner Bedeutung der Werte für die Handlungspraxis davon aus, dass in den Organisationen unterschiedliche Regeln aufgestellt werden müssen, die dazu beitragen, dass ein präferiertes Wertesystem überhaupt erst realisiert werden kann (vgl. Kap. 2.1.2.3). Hierzu bieten bestehende Konzepte aus der Unternehmensethik wesentliche Anregungen, die zur Konkretisierung einer an Werten orientierten Handlungspraxis eingeführt werden können. In diesem Zusammenhang beschreibt Wieland (Wieland 2004) mit seinem elaborierten Modell zur

Unterstützung der Wertperspektive in der Unternehmenspraxis ein Werteviereck, das Leistungswerte, Kommunikationswerte, Kooperationswerte und moralische Werte rahmt und denen er jeweils ein Set von weiteren Werten zuordnet, die zur Verbesserung der Kooperation beitragen sollen.

Für die vorliegende Studie können vor allem Werte, wie Verantwortung, Respekt, Verbundenheit, Anerkennung, Vertrauen, Wertschätzung und Achtung, die für die Akteure im Bereich der Pflege eine besondere Relevanz aufweisen, hervorgehoben werden. Diese bieten in ihrer die Würde unterstützenden Orientierung einen geeigneten Rahmen für die Handlungsorientierungen in der gesundheitlichen Versorgungspraxis, indem sie einem Wertekonzept zugrunde gelegt werden, das in der Alltagspraxis durch Reflexion die Stärkung der Kooperationsbereitschaft sowie die Kooperationsfähigkeit fördern und wodurch der kollektive, professionelle Habitus der Akteure gestärkt werden soll.

Ertrag

Der Ertrag der vorliegenden Forschungsarbeit kann gemäß der vorangegangenen Ausgangsfrage als Antwort auf die forschungsleitenden Fragen zusammengefasst werden. Es zeigt sich, dass der Einfluss der Ökonomisierung auf die Handlungspraxis der Akteure insgesamt mit einem Autonomieverlust einhergeht, der die Strukturen des Feldes schwächt. Mithilfe der Rekonstruktion der handlungsleitenden Orientierungen der Akteure konnten unterschiedliche Typen kontrastiert werden, die in ihrer Heterogenität aufzeigen, wie die Akteure den Einfluss der Ökonomisierung und den damit verbundenen Maßnahmen in der Versorgungspraxis begegnen. Obwohl die Akteure vor dem Hintergrund ihrer Professionalität aktiv darum bemüht sind, sich unter den vorgegebenen Rahmenbedingungen für die Umsetzung einer „guten Pflege“ engagiert einzusetzen, wird sichtbar, dass sich ihre Handlungsorientierungen in Verbindung mit ihren Werthaltungen voneinander unterscheiden. Die identifizierten Milieustrukturen (*Typ I*) (*Typ II*) weisen darauf hin, dass die Akteure ein Bedürfnis nach einer gemeinsamen Wertperspektive haben, die ihnen in ihrer Alltagspraxis sowohl als Orientierung aber auch als Entlastung dienen soll. Hierin wird gleichsam der Bedarf zur Förderung und Weiterentwicklung eines professionellen Habitus ersichtlich.

Da die Aufrechterhaltung der Sorgearbeit ein zentrales gesellschaftliches Anliegen ist, indem sowohl die Aspekte einer „guten Pflege“ als auch Aspekte eines verantwortlichen Einsatzes von Ressourcen zentral stehen, muss die Unterstützung der Akteure in ihrer Fähigkeit zu ethisch-moralisch reflektiertem Handeln in den Versorgungseinrichtungen im Vordergrund stehen.

Das bedeutet, dass die Akteure im Feld der Langzeitpflege nicht den einseitigen Entwicklungen einer rationalen Unternehmenswelt überlassen werden sollten. Sie sollten vielmehr durch die Unterstützung im „organisatorisch-sozialen Bereich“ eine Anerkennung, Förderung und Weiterentwicklung ihres professionellen Habitus erfahren dürfen. Hierbei zeigt sich in der Innovationsperspektive der Studie, dass mögliche Potenziale in einem werteorientierten Versorgungsansatz zu finden sind. Hierdurch können die Akteure ihr eigenes werteorientiertes Handeln in der Praxis sowohl vor dem Hintergrund fachlicher als auch wirtschaftlicher Dimensionen reflektieren und dieses zur Stärkung ihrer individuellen professionellen Handlungspraxis heranziehen.

Es eröffnet sich somit eine Perspektive, die sowohl für die Akteure als auch für die Einrichtungen – unterstützt durch die Verantwortung von Politik und Gesellschaft – in der Auseinandersetzung mit der Wertperspektive eine verfügbare Ressource bereithält, um die zunehmende Kluft des Verhältnisses zwischen Ökonomie und Pflege unter ethischen Gesichtspunkten in der Gesundheitsversorgung immer wieder neu kritisch zu reflektieren.

Die vorliegende Forschungsarbeit trägt mit ihren Ergebnissen dazu bei, dieser Kluft entgegenzuwirken. Mithilfe der dokumentarischen Methode wurde ein Verfahren gewählt, das zur Rekonstruktion der Handlungsorientierungen der Akteure beigetragen und einen Zugang zu den impliziten Werthaltungen der Akteure ermöglicht hat. Durch die Verbindung der theoretischen Erkenntnisse aus Wertphilosophie und Wertforschung mit den Erkenntnissen der empirischen Ergebnisse zu dem Einfluss der Ökonomisierung auf die Werthaltungen und das Ethos der Akteure ist eine theoretische Grundlage für eine Wertekonzeption entstanden, die dazu beitragen soll, die Wertkonflikte in den Organisationen bewusst wahrzunehmen und zu reflektieren, um ihnen durch eine bewusste Auseinandersetzung in allen Bereichen der Einrichtungen begegnen zu können. Hierfür sorgt vor allem die Definition des Würdebegriffes in der hier eingeführten Form als gemeinsamer „Fluchtpunkt pflegerischer Werthorizonte“, mit dem gleichsam eine objektive Dimension in der Wertedebatte unterstützt werden soll. Mit der Anerkennung des Würdebegriffs als gemeinsamen Orientierungspunkt bietet sich eine Wertperspektive an, in der sich sowohl die Anerkennung „objektiver Werte“ (vgl. Kap. 2.1) als auch die rekonstruierten Werte in der Untersuchungspraxis in ihrer Relevanz vereinen lassen (vgl. Kap. 5.4). Somit nimmt das Konzept der Würde mit seinen weitreichenden Implikationen einen „übergeordneten Standpunkt“ ein, der in seiner Universalität wertvolle Aspekte zur Reflexion für die Akteure in der Praxis bereithält. Vor diesem Hintergrund entsteht ein gemeinsamer kultur- und generationsübergreifender Orientierungspunkt einer Wertordnung mit der Möglichkeit der Wertidentifikation, mit dem nach Hartmann (1926) eine objektive Anordnung von Werten im Sinne eines „axio-

logischen Höhensinn“ verbunden ist, die als einzigartige ideale Ordnung „sui generis“ besteht und für den Menschen einen tiefen Sinnzusammenhang bildet (vgl. Kap. 2.1.3.2). Diese geistig-seelische Orientierung, die nach Hartmann in der „Tiefe des Wertgefühls“ des Menschen „unbeirrbar waltet“, soll eine beständige Möglichkeit der inneren Reflexion bieten. Hierin sind Werthaltungen zentral, die den Respekt und die Achtung vor der Würde des Menschen als statischem Prinzip einer Universalität anerkennen und gleichzeitig die Andersartigkeit, die Einzigartigkeit und Individualität im Sinne der Diversität in ihren dynamischen Aspekten im Alltag der Pflegeprozessgestaltung zu integrieren verstehen (vgl. Kap. 2.1.3.4). Werthaltungen des Respekts, der Anerkennung, der Achtung, des Vertrauens, der Verbundenheit, der Wertschätzung und der Verantwortung, die auch in den handlungsleitenden Orientierungen rekonstruiert wurden, bieten demnach eine Basis, die dem Konzept der Wertreflexion für die ökonomische, pflegerische, soziale und kulturelle Sphäre in den Einrichtungen zugrunde gelegt werden sollte.

Die Ergebnisse der Arbeit und das Verfahren der Untersuchung verweisen in der Auseinandersetzung mit der Theorie und Praxis pflegerischer Werthorizonte in Verbindung mit der Analyse zur Ökonomisierung der vollstationären Langzeitpflege und deren Folgen für die Versorgungspraxis auf wesentliche Implikationen, die als Weiterentwicklung für die Unternehmenskulturen der Pflegeeinrichtungen verstanden werden können. Sie bieten in der Frage nach der gesamtgesellschaftlichen und politischen Aufgabe zur Sicherstellung der Pflege wesentliche Entwicklungsimpulse, die dem Anspruch auf eine humane und fachliche Pflege sowie dem impliziten Anspruch ethisch begründeter Vernunft zu wirtschaftlichem Handeln gerecht werden.

8 Literaturverzeichnis

- ABELS, H. (2009):
Einführung in die Soziologie, Band 2: Die Individuen in ihrer Gesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- ADAM-PAFFRATH, R. (2014):
Würde und Demütigung aus der Perspektive professioneller Pflege. Eine qualitative Untersuchung zur Ethik im ambulanten Pflegebereich, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- AMRHEIN, L. (2005):
Pflege in konflikt- und austauschtheoretischer Perspektive, in: Schroeter, K.; Rosenthal Th. (Hrsg.), *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*, Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 107-124.
- ARNDT, M. (2003):
Theoretische Argumentationslinien in der Ethik. Eine Einführung, in: Dibelius, O., Arndt, M. (Hrsg.), *Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie. Eine europäische Perspektive*, Hannover: Schlütersche Verlag, S. 13-22.
- ASENDORP, J. B. (2007):
Psychologie der Persönlichkeit, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- AUTH, D. (2012):
Ökonomisierung von Pflege in Großbritannien, Schweden und Deutschland, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 07. S. 618-623.
- BARANZKE, H. (2015)
Menschenwürde, Autonomie, Selbstbestimmung und soziale Ehre, in: Brandenburg, H., Güter, H. (Hrsg.), *Lehrbuch Gerontologische Pflege*, Bern: Hogrefe Verlag, S. 84-104.
- BAUCH, J. (2005):
Pflege als soziales System, in: Schroeter, K., Rosenthal, Th. (Hrsg.), *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*, Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 71-83.
- BAUER, N., FAUSER, S., KÄMPER, ST., SCHWARZ, E., SULMANN, D., RÖHRBEIN, A. (2003):
„Management-by-Heartbeat mache ich hier nicht“ Ethisches Handeln im Pflegemanagement. Eine qualitative Untersuchung, in: Dibelius, O., Sr. Maria Benedicta, Arndt (Hrsg.), *Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie. Eine europäische Perspektive*, Hamburg: Schlütersche Verlag, S. 37-51.
- BAUER, U. (2007):
Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld, in: *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*. Band 44, S. 98-114, [online].
<http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/?p=405> [30.06.2013].
- BAUER, U. (2006):
Reformen des Sozialstaates. Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb)*, Beilage zur Wochenzeitung, Das Parlament, 8-9/2006.
- BENNER, P., WRUBEL, J. (1997):
Pflege, Stress und Bewältigung: Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit, Bern: Hans Huber Verlag.

- BLÜHER, ST., STOSBERG, M. (2005):
Pflege im Wandel veränderter Versorgungsstrukturen: Pflegeversicherung und ihre gesellschaftlichen Konsequenzen, in: Schroeter, K.; Rosenthal Th. (Hrsg.), *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*, Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 177-192.
- BODE, I., BRANDENBURG, H., WERNER, B. (2015):
Sozial wirtschaften und gut versorgen-Umsteuerungsoptionen für die Wohlfahrtspflege, in: *BdW Blätter der Wohlfahrtspflege*, Jahrgang 162, Heft 3, Seite 112 – 116.
- BODE, I.(2013):
Ökonomisierung in der Pflege – was ist das und was steckt dahinter? in: *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 48. Divergentes Altern, Hamburg: Argument Verlag, S. 9-25.
- BOGNER, A., LITTIG, B., MENZ, W. (2014):
Interviews mit Experten, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- BÖHLE, F.(2011):
Interaktionsarbeit als wichtige Arbeitstätigkeit, in: *Institut für sozialwissenschaftliche Forschung*, München: WSI Mitteilungen, 09, S. 456-461.
- BOHNSACK, R. (2014):
Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. Opladen: Barbara Budrich Verlag.
- BOHNSACK, R. (2013):
Typenbildung Generalisierung und komparative Analyse. Grundprinzipien der dokumentarischen Methode, in: *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*, Wiesbaden: Springer Verlag, S- 241-270.
- BOHNSACK, R., NETWIG-GESEMANN, I., NOHL, A. M.(2013):
Einleitung: Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis, in: Bohnsack, R., Netwig-Gesemann, I., Nohl, A.M. (Hrsg.), *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 9-32.
- BOHNSACK, R. (2010):
Qualitative Evaluationsforschung und dokumentarische Methode, in: Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I. (Hrsg.), *Dokumentarische Evaluationsforschung. Theoretische Grundlagen und Beispiele aus der Praxis*, Opladen: Barbara Budrich Verlag, S. 23-62.
- BOHNSACK, R. (2009):
Dokumentarische Methode, in: Buber, R., Holzmüller, H. (Hrsg.), *Qualitative Marktforschung. Konzepte-Methoden-Analysen*, Wiesbaden: Gabler Verlag, S. 319-330.
- BOHNSACK, R. (2007):
Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in die Methodologie und Praxis qualitativer Forschung, Opladen: Barbara Budrich Verlag.
- BOHNSACK, R. (2006):
Qualitative Evaluation und Handlungspraxis – Grundlagen dokumentarischer Evaluationsforschung, in: Flick, Uwe (Hrsg.), *Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzungen*. (Hrsg.), Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag, S. 135-182.

- BONATO, M., SCHÜLKE, P., KNIELING, T., EICHHORN, W., PIETSCH, A., WEIDINGER, C. SCHULTZ, N., HALTENHOF, S., HEBERER, M. (2011):
 Zukunft Pflege: Qualitätsbericht statt „Pflege Tüv“. Konzept zur Messung und Darstellung der Pflegequalität auf wissenschaftlicher Basis, Abschlussbericht der Bonato-Kommission, [online].
http://www.vdab.de/fileadmin/doks/download/Pressemitteilungen/Abschlussbericht_Bonato_Kommission_Langfassungnd [13.08.2011].
- BONGAERTS, G. (2008):
Verdrängung des Ökonomischen. Bourdieus Theorie der Moderne, Bielefeld: Transcript Verlag.
- BORTZ, J., SCHUSTER, CH. (2010):
 Stichprobe und Grundgesamtheit, in: *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*, Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 79-95.
- BOURDIEU, P. (2014):
Die Regeln der Kunst. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- BOURDIEU, P. (2013):
Meditationen. Zur Kritik der scholastischen Vernunft, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- BOURDIEU, P. (2012):
 Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital, in: Bauer, U., Bettigmayr, U., Scherr, A. (Hrsg.), *Handbuch Bildungs- und Erziehungssoziologie*, Stuttgart: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 229-242.
- BOURDIEU, P. (1998)
Über das Fernsehen. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp.
- BRANDENBURG, H. (2014):
 Gute Pflege: Qualitätsentwicklungen mit Augenmaß, in: Brandenburg, H., Bode, I., Burkhard, W. (Hrsg.): *Soziales Management in der stationären Altenhilfe. Kontexte und Gestaltungsspielräume*, Bern: Hans Huber Verlag, S. 185-218.
- BRANDENBURG, H., BERGER, B., ROTH, M. (2013):
 Stationäre Altenhilfe. Prozess der Qualitätsentwicklung. *Studienbrief der Hamburger Fern-Hochschule HFH University of Applied Sciences*, Hamburg: HFH-Hamburger.
- BRANDENBURG, H. (2012):
 Qualitätsindikatoren für die stationäre Altenhilfe – auf dem Weg zur guten Pflege? in: Brandenburg, H., Kohlen, H. (Hrsg.), *Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Eine multidisziplinäre Perspektive*, Stuttgart: Verlag Kohlhammer, S. 81-102.
- BROCKHAUS, ENZYKLOPÄDIE (2006):
 Leipzig, Mannheim, F.A. Brockhaus GmbH.
- BROOKER, D. (2008):
Person-zentriert pflegen, Bern: Hans Huber Verlag.
- BRÖCKLING, U. (2012):
 Totale Mobilmachung. Menschenführung im Qualitäts- und Selbstmanagement, in: Bröckling, U., Krasmann, S., Lemke, Th. (Hrsg.), *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S.131-167.

- BUNDESMINISTERIUM für GESUNDHEIT (2016):
Das Zweite Pflegestärkungsgesetz. Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und neues Begutachtungsverfahren, [online].
<http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-i.html>. [06.06.2016].
- BUNDESMINISTERIUM für GESUNDHEIT (2016):
Entbürokratisierung in der Pflege „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ [online].
<http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/entbuerokratisierung-in-der-pflege.html> [17.06.2016].
- BUNDESMINISTERIUM für GESUNDHEIT (2009):
Bundesministerium für Gesundheit. Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, [online].
https://www.pflege-charta.de/fileadmin/charta/pdf/140603_Aktive_PDF_Charta [03.09.2014].
- BUNDESMINISTERIUM für GESUNDHEIT (2008):
BMG Modellprojekte, Hausgemeinschaften. *Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus. Eine Dokumentation zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger*. Band 8, Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe
- BUNDESMINISTERIUM für FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN und JUGEND (2006):
Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der BewohnerInnen und Bewohner, [online].
<http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/root.html> [06.01.2009].
- BUNDESMINISTERIUM für FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN und JUGEND (2001):
Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Alter und Gesellschaft, Stellungnahme der Bundesregierung, BMFSFJ, [online].
<http://www.bmfsfj.de/kategoriem/publikationen> [05.07.2014].
- CASSEL, D., OVERDIECK, V. (2002):
Kapitaldeckung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Zeitschrift Wirtschaftsdienst*, 2002/1. S. 15-22.
- CORETH, E. (1986):
Philosophie des 20. Jahrhunderts. Grundkurs Philosophie, Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- CREMER, G., GOLDSCHMIDT, N., HÖFER, S. (2013):
Soziale Dienstleistungen. Ökonomie, Recht, Politik, Tübingen: Mohr Siebeck Verlag.
- DEPPE, H. U. (2011):
Zur Kommerzialisierung der Krankenversorgung – Solidarische Alternativen sind möglich! Diskussionspapier 2011 - 1. Institut für Medizinische Soziologie. Fachbereich Humanmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT für PFLEGEWISSENSCHAFT E.V. (DGP) (2016):
Fragen zur ethischen Reflexion, [online].
<http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/FragenEthReflexion> [20.06.2016].
- DIBELIUS, O., UZAREVICZ, CH. (2006):
Pflege von Menschen höherer Lebensalter, Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

- DIBELIUS, O. (2003):
 Altersrationierung: Gerechtigkeit und Fairness im Gesundheitswesen? Eine Studie zum ethischen Führungshandeln von Pflegemanager/innen in der stationären und teilstationären Altenpflege, in: Dibelius, O., Arndt, M. (Hrsg.), *Pflegemanagement zwischen Ethik und Ökonomie. Eine europäische Perspektive*, Hamburg: Schlütersche Verlag, S. 23-33.
- DIETZFELBINGER, D. (2015):
Praxisleitfaden Unternehmensethik. Kennzahlen, Instrumente, Handlungsempfehlungen. 2. Auflage, Wiesbaden: Springer-Gabler Verlag.
- DIP- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2002):
 Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Pflegepersonalwesens in Deutschland [online]. <http://www.dip-home.de> [08.07.2013].
- DRESING, TH., PEHL, TH. (2013):
Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Marburg: Eigenverlag.
- DUNKEL, W. (2005):
 Erfahrungswissen in der Pflege – Basis einer Professionalisierung jenseits von Verwissenschaftlichung? in: *Gesundheitsberufe im Wandel*, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 161-175.
- ENGFER, D. (1999):
Werteerziehung im öffentlichen Schulwesen, Münster. Lit Verlag.
- FISCHER, G. C., SCHRAPPE, M., GLAESKE, G., ROSENBROCK, R., WILLE, E.; FLICK, U. (2006):
 Interviews in der qualitativen Evaluationsforschung, in: Flick, Uwe (Hrsg.), *Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte – Methoden – Umsetzung*, Hamburg: Rowohlt Verlag, S. 214-232.
- FLICK, U., Von KARDOFF, E., STEINKE, I. (2008):
Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Verlag.
- FOLKE, W. (2001):
Vom Wert der Werte. Tauglichkeit des Wertbegriffs als Orientierung gebende Kategorie menschlicher Lebensführung. Eine Studie aus evangelischer Perspektive. Entwürfe zur christlichen Gesellschaftswissenschaft, Band 13, Münster: Lit. Verlag.
- FRIESACHER, H.(2008):
Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft, Göttingen: V&R Unipress.
- FRIESACHRER, HEINER (2009):
 Ethik und Ökonomie. Zur kritisch normativen Grundlegung des Pflegemanagements und der Qualitätsentwicklung, in: *Pflege und Gesellschaft*, Heft 1, S. 5-23.
- FUCHS-HEINRITZ, W., LAUTMANN, R., RAMMSTEDT, O., WIENOLD, H. (1994):
 Lexikon zur Soziologie, Opladen: Westdeutscher Verlag.
- GABRIEL, H. (1929):
Der Streit über die Objektivität der Werte in der Gegenwartsphilosophie, Köln: Verlag Köln.
- GEBHARDT, J. (1989):
 Die Werte. Zum Ursprung eines Schlüsselbegriffs der politisch-sozialen Sprache der Gegenwart in der deutschen Philosophie des späten 19. Jahrhunderts, in: Hofmann, R., Jantzen, J., Ottmann, H. (Hrsg.), *ANODOS. Festschrift für Helmut Kuhn*, Weinheim: VCH-Verlag, S. 45-54.

- GERLINGER, TH. (2004):
Privatisierung-Liberalisierung-Regulierung. Konturen des Umbaus des Gesundheitssystems, in: *WSI-Mitteilungen. Monatszeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts*, Hans-Böckler-Stiftung, Jahrg. 9, S. 501-506.
- GIESECKE, H. (2005):
Wie lernt man Werte? Grundlagen der Sozialerziehung, Weinheim, München: Juventa Verlag.
- GÖRGEN, TH. (2007):
Erfahrungen psychischer Gewalt im höheren Lebensalter, in: *Berliner Forum Gewaltprävention, Landeskommision Berlin gegen Gewalt*, (Hrsg.), Dokumentation des 7. Berliner Präventionstages Psychische Gewalt. Nr. 29. 8. Jg. S. 118-134.
- GÖRRES, ST., FRIESACHER, H. (2005):
Der Beitrag der Soziologie für die Pflegewissenschaft, Pflege-theorien und Pflegemodelle, in: Schroeter, K., Rosenthal, Th. (Hrsg.), *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*, Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 33-50.
- GÖRRES, ST., REIF, K. (2011):
Neue Steuerungsaufgaben in der Pflege. Trends der nationalen und internationalen wissenschaftlichen Diskussion: Neue Steuerungsmodelle, in: Schaeffer, D., Wingenfeld, K. (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaft*, Weinheim und München: Juventa Verlag.
- GRAUMANN, C. F., WILLIG, R. (1983):
Wert, Wertung, Werthaltung, in: Thomae, Hans (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Theorien und Formen der Motivation*, Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe Verlag.
- HABERMAS, J. (1997):
Faktizität und Geltung. Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechtsstaats, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- HARDER, P. (2014):
Werthaltungen und Ethos von Lehrern. Empirische Studie zu Annahmen über den guten Lehrer. 12 Schriften aus der Fakultät Sozial- und Wirtschaftswissenschaften der Otto-Friedrich Universität Bamberg, Bamberg: University of Bamberg Press.
- HARTMANN, K. (1997):
Werthaltungen als Handlungsregulative. Ergebnisse eines Pretest, in: Klages, H., Kmiecik, P. (Hrsg.), *Wertewandel und gesellschaftlicher Wandel*, Frankfurt, New York: Campus Verlag, S. 210-217.
- HARTMANN, N. (1926):
Ethik, Berlin und Leipzig: Verlag Walter de Gruyter & Co.
- HASSELER, M.; WOLF-OSTERMANN, K.; NAGEL, M.; INDEEFREY, S. (2010):
Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarung für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich inklusive Empfehlung des Beirats zur Evaluation der Pflege-Transparenzvereinbarung, [online].
[http://infomed.mds-v.de/sindbad.nsf/971fe478dd839c3bc12571e700442bec/a0f7b4c1915516ffc1257767006fad80/\\$FILE/Eval-PTV_EmpfBeirat_100721\[26.08.2010\]](http://infomed.mds-v.de/sindbad.nsf/971fe478dd839c3bc12571e700442bec/a0f7b4c1915516ffc1257767006fad80/$FILE/Eval-PTV_EmpfBeirat_100721[26.08.2010]).
- HASSELER, M., MEYER, M., FISCHER, TH. (2013):
Gerontologische Pflegeforschung. Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

- HASSELHORN, H. M., MÜLLER, B., TACKENBERG, P., SIMON, M. (2005):
Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Bremerhaven: Wissenschaftsverlag NW.
- HECKHAUSEN, J., HECKHAUSEN, H. (2006):
 Motivation und Handeln: Einführung und Überblick, in: Heckhausen, J., Heckhausen, H., (Hrsg.), *Motivation und Handeln*, 3. Auflage, Heidelberg: Springer Verlag.
- HEIDEGGER, M. (1977):
Holzwege. Nietzsches Wort „Gott ist tot“. Gesamtausgabe. Veröffentlichte Schriften 1914-1970, Band 5, Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann Verlag.
- HEIL, J. (2010):
 Was ist „Religion“? Eine Einführung über unser wissenschaftliches Reden über Religion. *Internationale Zeitschrift für Philosophie und Psychosomatik IZPP*, S. 1-29.
- HEINZEN, F. (2002):
 Strategien für ein zukunftsfähiges Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung. Dissertation an der Fakultät für Gesundheitswissenschaft. School of Public Health der Universität Bielefeld, [online].
<http://pub.uni-bielefeld.de/publication72305707> [23.04.2014].
- HEYDE, E. (1926):
Wert, eine philosophische Grundlegung, Erfurt: Kurt Stenger Verlag.
- HEYEN, N.B., REIB, TH. (2014a):
 Das Gesundheitswesen aus Innovationsperspektive: Acht Thesen und Handlungsmöglichkeiten. Teil 1. Sozialer Fortschritt, in: *Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik. German Review of Social Policy*, herausgegeben von der Gesellschaft für sozialen Fortschritt e.V., Köln, Teil I. 63/10. S. 245-252.
- HEYEN, N. B.; REIB, TH. (2014b):
 Das Gesundheitswesen aus Innovationsperspektive: Acht Thesen und Handlungsmöglichkeiten, Teil 2. Sozialer Fortschritt, in: *Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik. German Review of Social Policy*, herausgegeben von der Gesellschaft für sozialen Fortschritt e.V., Köln, 11/2014. S. 268-276.
- HILLMANN, K. H. (1986):
Wertewandel. Zur Frage soziokultureller Voraussetzungen alternativer Lebensformen, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- HIRSCHBERGER, J. (1981):
Geschichte der Philosophie. Neuzeit und Gegenwart, 11. Auflage, Band 2., Freiburg, Basel, Wien: Herder Verlag.
- HOFEMANN, K., NAEGELE, G. (2000):
 Sozialpolitische Rahmenbedingungen: Soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit, in: Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaft*, Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 217-242.
- HÖHMANN, U., HÖHMANN, P. (2013):
Wahrnehmung als Aufgabe der empirischen Sozialforschung: Theoretische und methodische Besonderheiten – Grundlagen und Anwendungsbeispiel, unkorrigierte Druckfahne aus: Wahrnehmen. Reihe Theologie und Soziale Wirklichkeit. Aus: Zitt, R.; Weber, J.; Waldeck, T. et al., Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 209-245.

- HÖHMANN, U. (2010):
Zum Verhältnis von finanziellem Druck und professionellen Inhalten. Ungenutzte Geltungschancen bei der Qualitätsentwicklung in der stationären Altenpflege, in: Köhler-Offierski, A., Etdbauer, R. (Hrsg.), *Gestaltung und Rationalisierung. Evangelische Hochschulperspektiven*, Band 6, Freiburg: Verlag, Forschung-Entwicklung-Lehre, S. 161-178.
- HÖHMANN, U. (2009):
Voraussetzung und Möglichkeiten berufs-einrichtungsübergreifender Kooperation, in: Stemmer, R. (Hrsg.), *Qualität in der Pflege – trotz knapper Ressourcen*, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, S. 11-28.
- HÖHMANN, U. (2006):
„Hilfhandeln“ als Tätigkeit der beruflichen Pflege. Eine Annäherung an zentrale Elemente eines Bezugsrahmens in der Verschränkung von systemischer und handlungstheoretischer Perspektive, in: *Pflege und Gesellschaft*, 11. Jg. 2006, H.3, 17-31.
- HOPF, CH. (1978):
Die Pseudo-Exploration – Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung, in: *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 7, Heft 2, April 1978, S. 97-115.
- HUMMERICH, M. (2009)
Bildungserfolg und Migration. Biografien junger Frauen in der Einwanderungsgesellschaft, . Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- INGLEHART, R. (1979):
Wertwandel in den westlichen Gesellschaften: Politische Konsequenzen von materialistischen und postmaterialistischen Prioritäten, in: Klages, H., Kmiecik, P. (Hrsg.), *Wertwandel und gesellschaftlicher Wandel*, Frankfurt, New York: Campus Verlag, S. 279-316.
- ISFORT, M., WEIDNER, F., MESSNER, T.; ZINN, W. (2004):
Pflege-Thermometer 2004. Frühjahrsbefragung zur Personalsituation, zu Rahmenbedingungen und zum Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Deutschland, Köln: Deutsches Institut für Pflegeforschung.
- JANSEN, T., von SCHLIPPE, A., VOGD, W. (2015):
Kontexturanalyse – ein Vorschlag für rekonstruktive Sozialforschung in organisationalen Zusammenhängen, in: *Forum qualitative Sozialforschung, Social Research*, Vol. 16, No. 1, Art. 4, Januar 2015. [online].
<http://qualitative-research.net/> [30.07.2016].
- JOAS, H. (1999):
Die Entstehung der Werte, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- KANT, I. (1994):
Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, in: Vorländer, K. (Hrsg.), Hamburg: Felix Meiner-Verlag.
- KÄPPELI, S. (2009):
Das Ethos der Pflege - Gedankenspiel oder Verpflichtung? in: Stemmer, Renate (Hrsg.), *Qualität in der Pflege – trotz knapper Ressourcen*, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, S. 101-117.
- KÄPPELI, S. (2007):
Aspekte des Transzendenten in der Pflege. Berührungspunkte und Grenzen zwischen Pflege und Seelsorge. Fachvortrag anlässlich der Eröffnungsfeier der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der PTHV Vallendar am 18.10.2007,
ne]. http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Vortrag_Kaepfelil_Vallendar_18.10.07,

[06.06.2016].

KÄPPELI, S. (2006):

Das therapeutische Bündnis der Medizin und Pflege - wie lange noch? in: *Schweizerische Ärztezeitung*, Heft 26. S. 1221-1225.

KELLE, U., KLUGE, S. (2010).

Vom Einzelfall zum Typus. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

KELLE, U., (2007):

„Kundenorientierung“ in der Altenpflege? Potemkinsche Dörfer sozialpolitischen Qualitätsmanagements. „Bevölkerung“ – Kritik der Demographie, in: *PROKLA 146, Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft*, Jg. 37, Nr. 1, S. 113-128.

KELLER, R.(2009):

Das interpretative Paradigma, in: Brock, D., Junge M., Diefenbach, H., Villányi, D. (Hrsg.), *Soziologische Paradigmen nach Talcott Parson. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 17-119.

KEMPER, M. (2006):

Zum Verhältnis von Ethos und Wert. Glaubwürdigkeit als soziale Wertschätzung zwischen Person und Handlung, in: Dörpinghaus, A., Helmer, Karl (Hrsg.), *Ethos – Bildung – Argumentation*, Würzburg: Verlag Königshausen und Neumann, S. 117-130.

KERNBERG, O. (2014):

Liebe und Aggression. Eine unzertrennliche Beziehung, Stuttgart: Schattauer Verlag.

KERSTING, K. (2011):

„Cool out“ in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

KLEEMANN, F., KRÄHNKE, U., MATUSCHEK, I. (2013):

Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung in die Praxis des Interpretierens, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

KLIE, TH. (2013):

Pflege und soziale Sicherung. Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 315-324.

KLUCKHOHN, C. (1951):

Values and Value-orientations in the Theory of Action. An Exploration in Definition and Classification, in: Parson, Talcot; Shils, Edward (Hrsg.), *Toward a General Theory of Action*, 7. Auflage, Cambridge, Massachusett: Harvard University Press, S. 388-433.

KLUXEN, W. (1993):

Ethik und Ethos, in: Hertz, A., Korff, W., Rendtorff, T., Ringeling, H. (Hrsg.), *Handbuch der christlichen Ethik*, Band 2., Freiburg, Basel, Wien: Herder Verlag, S. 518-532.

KNOBLAUCH, H. (2014):

Wissenssoziologie, Konstanz und München: UVK Verlagsgesellschaft.

KOHLN, H., KUMBRUCK, CH. (2008):

Care-(Ethik) und das Ethos fürsorglicher Praxis (Literaturstudie). Universität Bremen, Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec) (Ed.): urn:nbn:de:0168-ssoar-219593, Bremen, [online]. <http://nbn-resolving.de> [25.08.2015].

- KOSLOWSKI, P. (1993):
Politik und Ökonomie bei Aristoteles, 3. Auflage, Tübingen: J.C.B. Mohr, Verlag Paul Siebeck.
- KRUPINSKY, G. (1993):
Führungsethik für die Wirtschaftspraxis. Grundlagen – Konzepte – Umsetzung, Schriftenreihe technologie & management, Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- KUHLMEY, A.; SCRIBA, P. C. (2007):
 Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer Zielorientierten Gesundheitsversorgung. 1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- KUMBRUCK, CH. (2009):
Diakonische Pflege im Wandel. Nächstenliebe unter Zeitdruck. Studien zur Pflege 1. Protestantische Impulse für Gesellschaft und Kirche, Berlin: Lit. Verlag.
- KURZ, A., STOCKHAMMER, C., FUCHS, S., MEINHARD, D. (2009):
 Das problemzentrierte Interview, in: Buber, R., Holzmüller, H., (Hrsg.), *Qualitative Marktforschung Konzepte-Methoden-Analysen*, Wiesbaden: Gabler Verlag, S. 465-474.
- KÜHN, H. (2005):
Patient - sein und Wirtschaftlichkeit, in: Essers, M. et al (Hrsg.), *Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen, Jahrbuch der kritischen Medizin und Gesundheitswissenschaften*, Band 42, Hamburg. S. 8-25.
- KÜHN, H. (2004):
 Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung, in: Elsner, G., Gerlinger, Th., Stegmüller, K., (Hrsg.), *Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus*, Hamburg: VSA Verlag, S. 77-98.
- KÜHN, H. (2003):
 Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit, in: Büssing, A., Glaser, (Hrsg.), *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus*, Schriftenreihe Organisation und Medizin, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag, S. 77-98.
- KÜHN, H., SIMON, M. (2001):
 Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung. Forschungsprojekt des Berliner Forschungsverbundes Public Health. Abschlussbericht 2001.
- LANIUS, F. (2010):
Menschenwürde und pflegerische Verantwortung. Zum ethischen Eigengewicht pflegebedürftiger Menschen im Spannungsfeld von moralischem Standpunkt und moralischem Status, Göttingen: V&R Unipress.
- LAUTERBACH, K. W., STOCK, ST., BRUNNER, H. (2006):
Gesundheitsökonomie. Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe, Bern: Hans Huber Verlag.
- LAY, R. (2004):
Ethik in der Pflege, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- LENK, H. (1994):
Von Deutungen zu Wertungen. Eine Einführung in aktuelles Philosophieren, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

- LOTZE, H. (1912):
Metaphysik. Drei Bücher der Ontologie, Kosmologie und Psychologie. Zweiter Teil. Drei Bücher der Metaphysik. Leipzig Verlag von Felix Meiner (Philosophische Bibliothek, 142).
- LUHMANN, N. (1997):
Die Gesellschaft der Gesellschaft. 2. Teilband. Kapitel 4-5, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- MAELICKE, B. (2008):
Lexikon der Sozialwirtschaft, Baden Baden: Nomos Verlag.
- MANNEIM, K. (1980):
Strukturen des Denkens, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- MANNHEIM, K. (1964):
 Beiträge zur Theorie der Weltanschauungsinterpretation, in: *Wissenssoziologie,* Neuwied, S. 91-154.
- MANZEI, A., SCHMIEDE, R. (2014):
20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- MANZESCKE, A. (2012):
 Hintergrundinformation Ökonomisierung. Ökonomisierung als Begriff und als Diskurs. In: Sozialwissenschaftliches Institut der Evangelischen Kirche in Deutschland. Evangelische Orientierung in Fragen gesellschaftlicher Verantwortung. Sozialethik, [online].
<http://www.ekd.de/sozialethik/download/Oekonomisierung> [03.01.2013].
- MANZESCHKE, A. (2007):
 „Die Flexible Kirche“. Kritische Analysen zur Ökonomisierung der Kirche, in: Bochinger, Ch., Nestler, E., Sparr, W., Schoberth, W., Ulrich, H.G. (Hrsg.), *Religionsforschung und Ethik,* Bayreuth, Erlangen.
- MDS - Qualität in der ambulanten und stationären Pflege (2012):
 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. (Hrsg.), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Essen.
- MDS - Qualität in der ambulanten und stationären Pflege (2007):
 2. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach §118 Abs. 4 SGB XI. (Hrsg.), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Essen.
- MDS - Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege (2005):
 Richtlinien/Erhebungsbogen/MDK-Anleitungen. (Hrsg.), Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Essen.
- MEULEMANN, H. (1996):
Werte und Wertewandel. Zur Identität einer geteilten und wieder vereinten Nation, Weinheim und München: Juventa Verlag.
- MEUSER, M., NAGEL, U. (1991):
 ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion, in: *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen,* Opladen: Westdt. Verlag, S. 441-471.

- MEYER, M., REUTTERER, TH.(2009):
Sampling-Methoden in der Marktforschung. Wie man Untersuchungsmethoden auswählen kann. Qualitative Marktforschung. Konzepte-Methoden-Analysen, Wiesbaden: Gabler Verlag, S. 229-246.
- MICHELL-AULI, P. (2011):
 KDA-Quartiershäuser-Sozialraumorientierung als Kernbaustein, Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), *Pro Alter*, 05.2011.
- MILTON, C. L. (2008):
 The Ethics of Human Dignity: A Nursing Theoretical Perspektive. *Nursing Science*. Jg. 21, H.3. S. 207-210.
- MINISTERIUM für INNERES und KOMMUNALES DES LANDES NRW (2016):
 Gesetz- und Verordnungsblatt (GV. NRW.), Ausgabe 2014 Nr. 29 vom 15.10.2014 Seite 619 bis 654, [online].
https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_vbl_detail_text?anw_nr=6&vd_id=14590 [16.06.2016].
- MONTEVERDE, S. (2012):
Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege, Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- MÜHLENKAMP, H. (2003):
 Zum grundlegenden Verständnis einer Ökonomisierung des öffentlichen Sektors – Die Sicht eines Ökonomen, in: Harms, J., Reichardt, Ch., (Hrsg.), *Die Ökonomisierung des öffentlichen Sektors: Instrumente und Trends*, Baden Baden: Nomos Verlag, S. 47-73.
- NAEGELE, G. (2014):
 20 Jahre Verabschiedung der gesetzlichen Pflegeversicherung. Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht, in: *WISO Diskurs. Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik*. Friedrich Ebert Stiftung, Bonn.
- NOHL, A.M. (2012):
Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis, in: Bohnsack, R., Flick, U., Lüders, Ch., Reichertz, J. (Hrsg.), Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- NOHL, A.M. (2005):
 Dokumentarische Interpretation narrativer Interviews. *Bildungsforschung*, Jahrgang 2, [online].
<http://www.bildungsforschung.org/Archiv/2005-02/interview> [25.02.2015].
- OBERENDER, P. (2007):
 Gesundheitswirtschaft im Umbruch, *Zeitschrift F&W*, 24. Jg., H.6, S. 650-651.
- OEVERMANN, U. (2009):
 Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten Praxis von Sozialarbeit, in: *Professionalität der sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 113-142.
- OLDEMEYER, E. (1979)
 Zum Problem der Umwertung von Werten, in: Klages, H., Kmieciak, P. (Hrsg.), *Wertwandel und gesellschaftlicher Wandel*, Frankfurt, New York: Campus Verlag, S. 597-617.
- PIEPER, A. (1985):
Ethik und Moral. Eine Einführung in die praktische Philosophie, München: Beck Verlag.

- PRZYBORSKI, A. (2004):
Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode. Qualitative Auswertung von Gesprächen, Gruppendiskussionen und anderen Diskursen, Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- PRZYBORSKI, A., WOHLRAB-SAHR, M. (2014):
Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch, München: Oldenbourg Verlag.
- REITINGER, E., HELLER, A. (2010):
 Ethik im Sorgebereich der Altenhilfe. Care-Beziehungen in organisationsethischen Verständigungsarrangements und Entscheidungsstrukturen, in: .Krobath, Th., Heller, A. (Hrsg.), *Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik*, Freiburg: Lambertus-Verlag. S. 737-765.
- REHFUS W. D. (2003):
Handwörterbuch Philosophie, Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.
- REMMERS, H. (2010):
 Transformationen pflegerischen Handelns. Entwurf einer theoretischen Erklärungsskizze, in: . Kreuzer, S. (Hrsg.), *Transformationen pflegerischen Handelns: Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert*, Göttingen: V&R Unipress, S. 33-66.
- RIEDEL, A. (2007):
Professionelle Pflege älter Menschen. Moderne (Alten-)Pflegeausbildung als Reaktion auf gesellschaftlichen Bedarf und die Reformen der Pflegeberufe, Marburg: Tectum Verlag.
- ROBERT BOSCH STIFTUNG (2000):
 Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung, Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.
- ROKEACH, M. (1973):
 The Nature of Human Values. The Free Press. New York.
- ROSA, H. (2014):
Beschleunigung und Entfremdung, Berlin: Suhrkamp Verlag.
- ROSA, H. (2006):
 In: *Leviathan, Berliner Zeitschrift für Sozialwissenschaft*. Jg. 34 (2006), H. 1. S. 82-104.
- ROSENTHAL, TH. (2005):
 Pflege und Management: Ein Spannungsfeld. Konzepte-Kontroversen-Konsequenzen.
 in: Schroeter, K., Rosenthal, Th. (Hrsg.), *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*, Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 299-321.
- ROTH, G. (2007):
 Dilemmata der Altenpflege: Die Logik eines prekären sozialen Feldes. *Berliner Journal für Soziologie*. Heft. 1, S. 77-96.
- SCHAEFFER, D.(1998):
 Neugestaltung der Pflege: Innovations- und Professionalisierungschancen in einem sich ökonomisierenden Gesundheitswesen, *Pflege & Gesellschaft*, S. 6-10.
- SCHAEFFER, D., MÜLLER-MUNDT, G. (2002):
 Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung, Bern: Hans-Huber Verlag.
- SCHELER, M. (1954):
Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik: Neuer Versuch der Grundlegung eines ethischen Personalismus, 4. Auflage, Bern: Francke Verlag.

- SCHIMANK, U. (2005):
Differenzierung und Integration der modernen Gesellschaft. Beiträge zur akteurszentrierten Differenzierungstheorie, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- SCHIMANK, U., VOLKMANN, U. (2008):
Ökonomisierung der Gesellschaft, in: Maurer, Andrea (Hrsg.), *Handbuch der Wirtschaftssoziologie*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 382-393.
- SCHIMANK, U., VOLKMANN, U. (2012):
 Die Vermarktung der Gesellschaft: Ökonomisierung des Nicht Ökonomischen. The Marketisation of Society: Economizing the Non-Economic. (Tagung der Sektionen Soziologische Theorie und Wirtschaftssoziologie der Deutschen Gesellschaft für Soziologie) Zeit: 1.2.6.2012, Ort: Delfmenhorst, [online].
<http://www.sozioologie.de/de/sections/sektionen/soziologische-theorie/tagungsarchiv.html> [20.05.2013].
- SCHMITZ-GIELSDORF, J. (2016):
 Das Beziehungsmodell von Martin Buber. Mögliche Implikationen für die Theorie der Dynamischen Psychotherapie im Rahmen der Humanik. Unveröffentlichtes Manuskript. Vorgelegt von Prof. Dr. phil. Jörg Schmitz-Gielsdorf an der Martin-Buber-Universität Kerkraade (NL).
- SCHNEIDER, A. (2010):
 Sozialmanagement und Organisationsethik. Die Integration des Faktors Ethik in der Leitung sozialer Organisationen, in: Krobath, Th., Heller, A. (Hrsg.), *Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik*, Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, S. 300-314.
- SCHNEIDER, U. (2006):
 Informelle Pflege aus ökonomischer Sicht. *Zeitschrift für Sozialreform (ZSR)*. Heft 4 Jahrg. 25. S. 493-520.
- SCHNELL, M., HEINRITZ, CH. (2006):
Forschungsethik, Bern: Hans Huber Verlag.
- SCHOLL-SCHAAF, M. (1975):
Werthaltung und Wertsystem. Ein Plädoyer für die Verwendung des Wertkonzepts in der Sozialpsychologie, Bonn: Bouvier Verlag Herbert Grundmann.
- SCHROETER, K. R., (2005):
 Pflege als figuratives Feld, in: Schroeter, K., Rosenthal, Th. (Hrsg.), *Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*, Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 85-105.
- SCHROETER, K. R. (2006):
Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen, Weinheim und München: Juventa Verlag.
- SCHULZ-NIESWAND, F. (2012):
 Gerechtigkeit und Gesundheitswesen im Kontext einer allgemeinen Theorie der Sozialpolitik, in: Brandenburg, H., Kohlen, H., (Hrsg.), *Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Eine multidisziplinäre Perspektive*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 29-53.
- SCHUMACHER, L. (2002):
 Emotionale Befindlichkeit und Motive in Lerngruppen, Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

- SCHWARZ, S.H. (2007):
Value orientations: measurement, antecedents and consequences across nations. In: *Measuring Attitudes. Cross-Nationally. Lessons from the European Social Survey*. Centre for comparative Social Surveys City University London S. 169-203.
- SCHWERDT, R. (2002):
Die Bedeutung der Ethik für die Altenhilfe, in: Blonski, H. (Hrsg.), *Ethik in Gerontologie und Altenpflege*, Hagen: Brigitte Kunz Verlag, S. 105-122.
- SCHWINGEL, M. (1995)
Pierre Bourdieu. Zur Einführung, Hamburg: Junius Verlag.
- SCRUTON, R. (2004):
Kant. Aus dem Englischen von Martin Laube, Wiesbaden: PanoramaVerlag.
- SEIFERT, J.(1976):
Erkenntnis objektiver Wahrheit, Salzburg und München: Universitätsverlag Anton Pustet.
- SENGE, P.(2008)
Die fünfte Disziplin: Kunst und Praxis der lernenden Organisation (Systemisches Management), Stuttgart: Schäffer-Pöschel Verlag.
- SENGE, K. (2011):
Das Neue am Neo-Institutionalismus. Der Neo-Institutionalismus im Kontext der Organisationswissenschaft. Organisation und Gesellschaft, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- SENGHAAS, KNOBLOCH, E. (2014):
Das Ethos guter Pflege unter Marktbedingungen – zwischen neuen Leistungsanforderungen und der Suche nach Anerkennung, in: *WISO Wirtschafts- und sozialpolitische Zeitschrift*. ISW Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. 04 2014. S. 22-38.
- SIEGRIST, J., RÖDEL, A. (2005):
Arbeitsbelastung im Altenpflegeberuf unter besonderer Berücksichtigung der Wiedereinstiegsproblematik. Zusammenfassung der Ergebnisse einer Literaturrecherche und bibliographische Hinweise. Anhang 3 zur Machbarkeitsstudie. Leistungsauftrag gemäß Vertrag vom 01.12.2004: Institut für betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH, Köln und Prof. Dr. J. Siegrist, Universität Düsseldorf 2005, [online].
[http://alt.bgf-institut.de/material/GesunderWiedereinstieg/Anhang%203 %20PflegeprojektSiegristLit-Recherche](http://alt.bgf-institut.de/material/GesunderWiedereinstieg/Anhang%203%20PflegeprojektSiegristLit-Recherche) [31.07.2013].
- SIMON, M. (2011):
Gesundheitspolitische und ökonomische Rahmenbedingungen der Pflege, in: Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaften*, Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 229-247.
- SIMON, M. (2009):
Ökonomische Rahmenbedingungen der Pflege, in: Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaften*, Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 243-269.
- SIX, B. (2014):
Werte, in: Wirtz, M. A. (Hrsg.), *Dorsch-Lexikon der Psychologie*, Bern: Hans Huber Verlag.

- SLOTALA, L. (2011):
Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- SLOTALA, L. (2010):
 „Darf's ein bisschen mehr sein?“. Eine Analyse der ökonomischen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis in der ambulanten Pflege. Dissertationsschrift, Universitätsbibliothek, Bielefeld.
- SMELSER, N.J. (1972):
Theorie des kollektiven Verhaltens, in: Heinz, W. R., Kaupen, W., Schöber, P. (Hrsg.), Köln: Studienbibliothek Kiepenheuer & Witsch.
- SPRINGER GABLER (2015):
 Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Tacit Knowledge, online im Internet: 35/Archiv/147159/tacit-knowledge-v4.html [10.05.2015].
- SPRINGER GABLER (2015):
 Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Public Private Partnerships (PPP), online im net: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/17968/html> [20.06.2015].
- SPRINGER GABLER (2015):
 Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Tacit Knowledge, online im Internet: 35/Archiv/147159/tacit-knowledge-v4.html [13.06.2015].
- SPRINGER, GABLER VERLAG (2013):
 Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Rationierung, online im Internet: 35/Archiv/17968/rationierung-v10.html [06.06.2013].
- STACEY, G., JOHNSTON, K., STICKLEY, T., DIAMOND, B. (2011):
 How do nurses cope when values and practice conflict?. Nursing Times: NT, Emap Inform, Vol 107 No 5, P. 20-23.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2015):
 Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse; Statistisches Bundesamt Wiesbaden.
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile [06.06.2016].
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2013):
 Erfüllungsaufwand im Bereich ... Pflege. Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind. Projektreihe Bestimmung des bürokratischen Aufwands und Ansätze zur tung. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/Buerokratiekosten/Download/Pflegebericht.pdf?__blob=publicationFile [14.06.2016].
- STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER (2010):
 Demographischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftigkeit im Bund und in den Ländern. Heft 2 Ausgabe 2010.
<https://www.destatis.de/DE/Startseite.html> [06.02.2013].
- STEMMER, R. (2002):
 Die Zukunft der Pflege zwischen Ökonomisierung und (De-) Professionalisierung. *PR Internet*, H. 4, S. 82-88.

- STRAUB, E. (2010):
Zur Tyrannei der Werte, Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag.
- STRAUSS, A., CORBIN, J. (1996):
Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung, Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007):
 Kooperation und Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag, Drucksache. 16/6339 2007, [online].
<http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15>, [30.06.2013].
- ULLRICH, C. G. (1999):
 Deutungsmusteranalyse und diskursives Interview. Leitfadenkonstruktion, Interviewführung und Typenbildung. Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung, Nr. 3, Mannheim, [online]. <http://www.mzes.uni-mannheim.de> [12.06.2016].
- UZAREWICZ, CH. (2006):
 Wohn-, Betreuungs- und Pflegeangebote für Menschen höherer Lebensalter, in: Dibelius, O., Uzarewicz, Ch. (Hrsg.), *Pflege von Menschen höherer Lebensalter*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 49-71.
- WAHL, H. W., SCHNEEKLOTH, U. (2009):
Forschungen zur Lebensführung in stationären Einrichtungen, Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- WASEM, J., BUCHNER, F. (2003):
Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. 5. Studententext des weiterbildenden Fernstudiums „Angewandte Gesundheitswissenschaften“ Fachhochschule Magdeburg, Universität Bielefeld.
- WATSON, J. (1996):
Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung, Bern: Hans Huber Verlag.
- WEIDNER, F., ISFORT, M. (2015):
 Breite Aufwertung der Pflege dringend nötig. Interview des evangelischen Pressedienstes (epd) vom 02.10.2015 mit den Vorständen des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V., Prof. Dr. Frank Weidner und Prof. Dr. Michael Isfort, zur Generalisierung der Pflegeausbildung und den Chancen, die sich daraus ergeben. Pflege Nr. 40.02.10.2015. epd sozial. S. 9-10, [online].
<http://www.dip.de/materialien/berichte-dokumente/#c459>. [17.06.2016].
- WEIDNER, F.; LAAG, U.; BRÜHL, A. (2011):
 Evaluation der Umsetzung der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) durch den MDK in Rheinland-Pfalz. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. und Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, [online].
http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/110530_dip-MDK-Abschlussbericht.pdf. [12.06.2011].
- WEIDNER, F. (1995):
Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- WERNER, M. H. (2014):
Menschenwürde in der bioethischen Debatte. Eine Diskurstopologie, in: Kettner, M. (Hrsg.), *Biomedizin und Menschenwürde*, Frankfurt: Suhrkamp Verlag, S. 191-220.

- WERNET, A. (2009):
Einführung in die Interpretationstechnik der Objektiven Hermeneutik, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- WEYERER, S.; SCHÄUFELE, M.; HÖNIG, T. (2006):
 Demenzkranke in der stationären Versorgung: Aktuelle Situation. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, und Jugend (Hrsg.): *Qualität in der stationären Versorgung Demenzkranker (Dokumentation eines Workshops)*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 207.2, Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- WIELAND, J. (2004):
Handbuch Wertemanagement, Hamburg: Murmann Verlag.
- WILS, J.P., HÜBENTHAL, CH. (2006):
Lexikon der Ethik, Paderborn: Ferdinand Schöningh Verlag.
- WINGENFELD, K., SCHAEFER, D. (2011):
 Die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens in der Pflegeversicherung. *GGW - Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft*. Jg. Heft 3 Juli. S. 7-13.
- WITTE, E.H. (1994):
Lehrbuch Sozialpsychologie, Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- WITZEL, A. (2000):
 Das problemzentrierte Interview, [online].
<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228> [02.06.2014].
- WITZEL, A. (1985):
 Das problemzentrierte Interview, in: Jüttemann, G. (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie, Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*, Weinheim: Beltz Verlag, S. 227-255, [online].
<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ss0ar-563> [13.06.2016].
- XAVER-KAUFMANN, F. (2003):
Varianten des Wohlfahrtsstaats. Der deutsche Sozialstaat im internationalen Vergleich, Frankfurt: Suhrkamp Verlag.

Ich versichere, dass ich die vorliegende Dissertation zu dem Thema:

Theorie und Praxis pflegerischer Werthorizonte.

Eine empirische Analyse zur Ökonomisierung der vollstationären Langzeitpflege und deren Folgen für die Versorgungspraxis

selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Ich versichere, dass die vorliegende Arbeit bisher nicht veröffentlicht wurde und nicht bereits an einer anderen Universität eingereicht wurde.

Limbourg (B), le

Elisabeth Schloeder